WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK LIPIEC—SIERPIEŃ

ROK VII 1935 NUMER 4



Wieczna Cześć i Sława Pamięci Wodza Narodu Pierwszego Marszałka Polski

ś. p. Józefa Piłsudskiego

Dr. E. HOEVELMANN, Poliklin. Ginekolog. Uniw. w Monachjum.

CIĄŻA I ANEMJA O TYPIE NIEDOKRWISTOŚCI ZŁOSLIWEJ.

(Referat według odczytu wygłoszonego na 23 Zjeździe Ginekologów w Berlinie 14.X.1933).

Występowanie podczas ciąży anemji o typie niedokrwistości złośliwej nie należy bynajmniej do zjawisk częstych. Dawniejsze statystyki określały tę czestość na 1‰. Obecnie uważamy, że tego rodzaju schorzenia krwi występują jeszcze rzadziej niż 1 raz na 1000. Czynnikami usposabiającemi są częste porody i wielokrotne długotrwałe karmienie. Gdy chora zgłasza się do lekarza o poradę, niedokrwistość jest zwykle już bardzo daleko posunięta. Bladość twarzy stanowi przeciwstawienie do normalnego, pogodnego jej wyrazu. Białkówki wykazują zwykle lekki odcień żółtaczkowy. Na uwagę zasługuje silne tętnienie naczyń szyjnych, zwiększające się przy ruchach. Wychudnięcie jest przeważnie nieznaczne. Częstokroć stwierdza się niewielkie obrzęki skórne, które nie ustępują nawet na ścisłej diecie bezsolnej. Czasami na pierwszy plan obrazu chorobowego wysuwają się niepowściągliwe wymioty, dokuczliwe pragnienie, bezsoczność żołądkowa lub zaburzenia kiszkowe. Język jest zwykle suchy i ma skłonność do wytwarzania się pryszczyków. Tętno jest przeważnie przyspieszone, lecz miarowe; na koniuszku serca wysłuchuje się często anemiczny szmer skurczowy. Ciśnienie krwi jest prawidłowe. Gorączka podnosi się nierzadko do 39 i 40°, waha się w rozległych granicach, opada do normy i znowu przebiega w postaci zupełnie nieregularnej krzywej. Mocz zawiera prawie zawsze białko. Diureza jest zwykle dobra; czasami dobowa ilość moczu bywa bardzo duża. W przypadkach częstych wymiotów ilość moczu, oczywiście, zmniejsza się. Zaburzenia wzrokowe i psychiczne należą do rzadkości. Obraz krwi przedstawia charakterystyczne cechy „niedokrwistości plastycznej“: zmniejszenie się ilości krwinek czerwonych (2 miljony lub nawet jeszcze mniej w 1 mm³). Zawartość hemoglobiny opada do 50% lub niżej. Dalszemi cechami anemji o typie niedokrwistości złośliwej są: anizocytoza, poikilocytoza, polychromatofilja oraz występowanie jądrzastych krwinek czerwonych. Leukopenja może występować, jednakże nie stanowi ona bynajmniej żadnej typowej cechy niedokrwistości ciążowej. Krzepliwość jest prawidłowa. Etjologja niedokrwistości, występującej podczas ciąży, ciągle jeszcze pozostaje niewyjaśniona. Wskazanem byłoby wobec tego, aby nagromadzać odpowiedni materjał i uznać badanie krwi podczas ciąży za obowiązującą zasadę. Prawie wszystkie kobiety cierpią podczas ciąży na anemję. Niedokrwistość ta nie jest przeważnie zbyt duża, zwiększa się jednak wyraźnie w miarę postępowania ciąży. Leczenie żelazem, arsenem i preparatami wątrobowemi sprowadza w większości przypadków poprawę.

Galloway badał krew u 382 kobiet w ciąży i u 16 stwierdził, zwłaszcza pod koniec ciąży, anemję znacznego stopnia: 50% hemoglobiny i przeciętnie 3,12

miljona erytrocytów. Chore anemiczne okazywały podczas porodu większą skłonność do krwawień niż pozostałe kobiety. U takich kobiet anemicznych byłoby więc celowe, aby na krótko przed przeniesieniem na salę porodową określać grupę krwi i poczynić wszelkie przygotowania dla ewentualnego przetaczania, które daje w takich przypadkach znakomite wyniki.

Również *Jakshmanswami* zwraca uwagę, że niedokrwistość przedstawia schorzenie późniejszych miesięcy ciąży, podobnie jak rzucawka, lecz w odróżnieniu od niej występuje znacznie częściej u wieloródek. *Jakshmanswami* osiągał pomyślne wyniki lecznicze zapomocą tymolu.

B. Shake uważa przetaczanie krwi przy przewlekłej anemji o nieznanem podłożu za zabieg nieodpowiedni. *Shake* opisuje przy niedokrwistości ciążowej również objawy dowodzące obecności zmian zwyrodnieniowych w rdzeniu. Niektórzy autorzy twierdzą, że anemje ciążowe występują częściej między lipcem a listopadem i że przyjmują poważniejsze rozmiary dopiero po piątym miesiącu ciąży.

Ciąża powikłana anemją o typie niedokrwistości złośliwej ulega bardzo często przerwaniu, jednakże w większości przypadków dopiero na krótki czas przed prawidłowym końcem. Sam poród przebiega zwykle nadzwyczaj dobrze i szybko, kurcze są mało bolesne, krwawienie w okresie porodowym jest niewielkie, odchodzi jedynie nieco krwi podobnej do opłuczyn mięsnych. Pogorszenie stanu ogólnego ujawnia się nierzadko dopiero po porodzie i radość z powodu szczęśliwego przebiegu porodu okazuje się przeważnie przedwczesna. Zaraz po porodzie, a czasami dopiero po kilku dniach lub tygodniach występują stany ciężkiego osłabienia i ogólnego wyczerpania, które doprowadzają często nawet do zejścia śmiertelnego. Pogorszenie zwykle występuje bezpośrednio po porodzie. Za przyczynę tego pogorszenia należy uważać szkodliwy wpływ aktu porodowego i utratę krwi. Jeżeli chorą w tym okresie udaje się uratować, to następuje zwykle powolna poprawa, ilość erytrocytów stopniowo się zwiększa, postacie nieprawidłowe krwinek znikają i pacjentka może powrócić do zupełnego zdrowia.

Odróżnienie omawianej niedokrwistości ciążowej od prawdziwej anemji złośliwej może czasami sprawiać trudności. Kobiety, które już cierpią na chorobę *Biermera* nie zachodzą naogół w ciążę z powodu upośledzenia czynności jajników. Rokowanie anemji ciążowej nie jest zupełnie niepomyślne, jednak należy je uważać za bardzo poważne.

Uchodzi wobec tego za zasadę obowiązującą, że jeżeli powtarzane kilkakrotnie badania krwi i dłuższa obserwacja pacjentki wykazują postępujące pogarszanie się obrazu krwi i rozpoznaje się anemję ciążową o typie niedokrwistości złośliwej, to jest się nietylko upoważnionym, ale nawet zobowiązanym do usunięcia płodu jako czynnika wywołującego sprawę chorobową i do sztucznego przerwania ciąży. Według *Laubendzinskiego* z pośród jego 16 chorych udało się zapomocą przedwczesnego porodu uratować zaledwie sześć. Aby nie zaniedbać

chwili odpowiedniej dla interwencji, należy więc w przypadku każdej silniejszej anemji podczas ciąży dokładnie śledzić obraz krwi.

Możliwość nawrotu ciężkiej anemji ciążowej nie jest uznana przez wszystkich autorów. Następująca historja choroby przedstawia jednak dowód możliwości występowania nawrotów.

Pacjentka lat 25, jest w ciąży po raz trzeci. Obraz krwi w 9. miesiącu ciąży: krwinki czerwone 2.950.000, hemoglobiny 56%, anizocytoza, poikilocytoza, megaloblasty. Po upływie tygodnia: erytrocyty 1.420.000, hemoglobiny 28%. Zanim zdążono zapoczątkować leczenie, nastąpił samoistny poród. Podczas połogu gorączka, biegunki, bardzo częste tętno. Stan chorej robił wrażenie bardzo ciężkiej intoksykacji. Leczenie polegało na stosowaniu wyciągu wątrobowego, który wstrzykiwano podskórnie 2 razy dziennie w dawce po 5 cm^3. Pod wpływem tej kuracji rozpaczliwy stan chorej szybko się poprawił. Po czterotygodniowem leczeniu obraz krwi powrócił do normy. Po roku pacjentka zgłasza się znowu; stwierdza się ciążę w trzecim miesiącu. Oznaki rozpoczynającej się anemji ciążowej o typie niedokrwistości złośliwej, hemoglobiny 70%. Po miesiącu wystąpiły obrzęki, stany podgorączkowe, pogorszenie się obrazu krwinek czerwonych. W 6-ym miesiącu ciąży badanie soku żołądkowego wykazało stosunki prawidłowe. W 8-ym miesiącu księżycowym chrypka dochodząca do bezgłosu, obrzęk języka, przyspieszenie tętna. Zastosowano kurację z początku zapomocą wyciągów żołądkowych, a następnie wątrobowych. Szybka i znaczna poprawa. Przebieg porodu zupełnie prawidłowy, bez jakichkolwiek powikłań. Podczas połogu nadal stosowano kurację wątrobową i dzięki temu udało się uniknąć pogorszenia stanu ogólnego obserwowanego przy poprzedniej ciąży. W ciągu 14 dni stany podgorączkowe. Po dożylnem zastosowaniu preparatów wątrobowych stwierdzono jedynie przemijające zwolnienie tętna. Wobec tego, że leczenie wątrobowe jest zupełnie nieszkodliwe zarówno dla matki jak i dla dziecka, należałoby się zastanowić, czy anemja podczas ciąży o typie niedokrwistości złośliwej może być nadal uważana za wskazanie do sztucznego przerwania ciąży.

Przeprowadzenie leczenia wątrobowego zapomocą świeżej wątroby lub preparatów wątrobowych natrafia bardzo często na trudny do przezwyciężenia opór chorych, którzy nie są w stanie przyjmować przez dłuższy czas stosunkowo duże dawki niezbędnego dla nich leku. Nierzadko stwierdza się również, że przy dłuższem stosowaniu doustnem działanie wątroby stopniowo słabnie z powodu coraz gorszego wchłaniania się w przewodzie pokarmowym. Okoliczność ta zagraża bardzo poważnie początkowej szybkiej poprawie obrazu krwi i stanu ogólnego. *Gänsslenowi* udało się, jak wiadomo, otrzymać doskonały preparat wątrobowy, Campolon, nadający się do wstrzykiwań. *Gänsslen, Schilling* i wielu innych autorów zawsze stwierdzali pod wpływem codziennego wstrzykiwania 2 cm^3 Campolonu nadzwyczaj szybką poprawę. Prawie we wszystkich przypadkach udawało się szybko zwiększyć ilość krwinek czerwonych, retikulocytów i zawartość hemoglobiny, poprawić stan ogólny i pobudzić apetyt. Ponadto osiągano w znacznej większości przypadków znaczny przybytek wagi.

Na podstawie stałej kontroli moczu na urobilinę i urobilinogen sprawdzano, czy obrano dawkę wystarczającą dla danego przypadku. Pomimo doskonałego

naogół działania preparatu zdarzały się jednak przypadki odporne; szczególną trudność sprawiała w obecnych czasach powszechnego zubożenia konieczność codziennego wstrzykiwania, tak że wydaje się możliwe, że w niektórych przypadkach brak poprawy zależał od stosowania ilościowo niedostatecznej dawki wyciągu wątrobowego. Obserwowano niejednokrotnie, że chore, które podczas pobytu w klinice poprawiały się znakomicie dzięki stosowaniu niezbędnych dla nich wstrzykiwań, nie mogły w warunkach domowych kontynuować w odpowiedni sposób leczenia wątrobowego i po pewnym czasie znowu przybywały do szpitala w bardzo ciężkim stanie. Dla zaopatrzenia chorych na dłuższy czas w Campolon wprowadzono leczenie na zapas, polegające na wstrzykiwaniu dużych dawek preparatu; ponadto stosuje się często również i Acidol - Pepsinę. Codzienne wstrzykiwania 2 cm^3 Campolonu można z łatwością zastąpić rzadszem wstrzykiwaniem większych dawek (raz na 6 dni 12 cm^3).

Wydaje się prawdopodobnem, że w przyszłości uda się zapomocą tej prostej i skutecznej metody leczniczej wydatnie zmniejszyć odsetek nawrotów, które zupełnie niesłusznie zalicza się do grupy przypadków niereagujących na leczenie wątrobowe. Najlepiej zaraz na początku schorzenia zastrzyknąć domięśniowo 4 cm^3, a następnego dnia stworzyć magazyn z dawki 12 cm^3 Campolonu.Dalsze wstrzykiwania w takiej samej dawce (12 cm^3) stosuje się co 6 — 7 dni.

Podawanie domięśniowe większych dawek w znaczniejszych odstępach czasu może w zupełności zastąpić brakujący ustrojowi związek krwiotwórczy;stosowane przytem dawki mogą być jednak mniejsze niż suma pojedyńczych dawek przeznaczonych do codziennego stosowania w tym samym czasokresie. W przypadkach średnio-ciężkiej niedokrwistości wystarczy wstrzykiwać po osiągnięciu prawidłowego stanu krwi domięśniowo co 3 do 4 tygodni po 10 cm^3 Campolonu, w przypadkach ciężkich najlepiej co 14 dni. Ogólnego prawidła dawkowania na podstawie dotychczasowych spostrzeżeń ustalić jeszcze nie można.

Znakomita skuteczność leczenia anemji wątrobą potwierdziła teorję powstawania niedokrwistości na podłożu braku w organizmie określonych związków. Od dokładnego poznania sposobu powstawania niedokrwistości złośliwej i ciężkiej anemji podczas ciąży jesteśmy jednak jeszcze dalecy. Głównemi cechami różniczkowemi tych dwóch różnych postaci niedokrwistości są: czas występowania objawów chorobowych oraz zasadniczo inne rokowanie.

LECZENIE KIŁY ZAPOMOCĄ DOMIĘSNIOWYCH WSTRZYKIWAŃ SOLU-SALVARSANU.

Prof. dr. G. Scherber, Szpital im. Rudolfa w Wiedniu (Wien. med. Wschr. 1932, nr. 26), *dr. R. Bezecny*, Niem. Klin. Dermat. w Pradze (Derm. Wschr. 1932, tom 94), *dr. L. Strausz* (Orvosi Hetilap 1932), *dr. C. Tataru*, Klin. Dermat. w Cluj (Clujul Medical 1932, nr. 9 i 1933 nr. 1), *Ensbrunner*, Klin. Dermat. w Gracu (Derm. Ztschr. 1932, tom 65), *dr. Preis*, Csepel (Wien. med. Woch. 1933, nr. 5), *dr. E. Lehner* (Börgyogyasz, Urol. és Ven. 1933), *prof. dr. F. Kogoj*, Klin. Dermat. w Agram (Derm. W. 1933, nr. 15).

Bezecny leczy od 2 lat chorych kiłowych zapomocą Solu-Salvarsanu. Jest to gotowy do użytku, utrwalony, 10%-owy roztwór 3,4 dwuacetylo-amino-4-oksy-arseno-benzolo-2-glikolanu sodu. Solu-Salvarsan posiada takie same działanie lecznicze jak Neosalvarsan, można go jednak zupełnie bezboleśnie wstrzykiwać również domięśniowo. Tolerancja Solu-Salvarsanu jest tak dobra, że nawet chorzy nadwrażliwi na działanie Neosalvarsanu, znoszą Solu-Salvarsan bardzo dobrze. Tylko jedna pacjentka, która nie znosiła Neosalvarsanu i Salvarsanu srebrowego, dostała również i po wstrzyknięciu Solu-Salvarsanu lekkiego zespołu angioneurotycznego. Krętki w wykwitach skórnych znikają doszczętnie już po drugiem lub trzeciem wstrzyknięciu. Dawka ogólna na jedną kurację waha się od 20 do 50 cm^3. Solu-Salvarsan jest wskazany we wszystkich okresach kiły w przypadkach, w których chorzy nie znoszą dożylnego leczenia Neosalvarsanem, lub gdy wstrzykiwania te są niemożliwe ze względów technicznych.

Strausz osiągnął zapomocą domięśniowych wstrzykiwań Solu-Salvarsanu bardzo pomyślne wyniki lecznicze w 6 przypadkach zmian kiłowych tętnicy głównej, w 7 przypadkach wiądu rdzenia i w 13 przypadkach późnej kiły utajonej. Wstrzykiwania domięśniowe nie powodują żadnych poważniejszych bólów ani też wogóle jakichkolwiek objawów działania ubocznego. Dodatni odczyn Wassermanna stał się w 3 przypadkach ujemnym już po jednej kuracji; u innych chorych odczyn ten pozostał nadal dodatni.

Tataru wypróbował Solu-Salvarsan na 50 syfilitykach, wśród których znajdowało się jedno pięciomiesięczne dziecko, dotknięte kiłą wrodzoną. *Tataru* rozpoczyna leczenie od 2 cm^3, następnie przy dobrej tolerancji zwiększa stopniowo dawkę do 3, 5 i 6 cm^3, poczem wstrzykuje stale przez cały czas kuracji po 6 cm^3. Dawka ogólna wynosiła u mężczyzn 6 — 7 g Solu-Salvarsanu (60 — 70 cm^3 roztworu) u kobiet 5 — 6 g. Wszyscy chorzy znosili wstrzykiwania bardzo dobrze. Krętki w owrzodzeniu pierwotnem znikały już po 2 — 3 wstrzyknięciach, w drugorzędowych zmianach skórnych czasem już w 24 — 36 godzin po drugiem wstrzyknięciu. Solu-Salvarsan wykazuje znakomity wpływ na dodatni odczyn surowicy, który przy kile pierwszorzędowej staje się ujemny przeważnie już po 5 — 6 wstrzyknięciach, podczas gdy przy kile z odczynem ujemnym odczyn ten zmianie nie ulega. W przypadkach kiły drugorzę-

dowej osiągano odczyn ujemny dopiero pod koniec kuracji, a u większości chorych nawet dopiero po kilku kuracjach. Przy kile trzeciorzędowej jedna kuracja nie doprowadzała do zmiany odczynu dodatniego na ujemny. Znakomita większość chorych, również wrażliwe kobiety i dzieci, nie odczuwała podczas wstrzykiwań żadnego bólu. Następnego dnia chorzy doznawali zwykle lekkiego wrażenia ucisku w miejscu wstrzyknięcia, które się jednak nigdy nie wzmagało do wrażenia istotnego bólu. Jeżeli po wstrzyknięciu występowały bóle głowy, *Tataru* podawał 0,3 g Pyramidonu. Przy stanach anafilaktycznych *Tataru* zaleca podskórne wstrzykiwania Racedriny lub Rephriny (0,5—1 cm^3). Wytworzenia się nacieczeń po Solu-Salvarsanie nie stwierdzono ani razu. U niektórych pacjentów po dwóch pierwszych wstrzykiwaniach ciepłota podnosiła się do 37,5°; bardzo rzadko dochodziła do 38,5°; to podniesienie się ciepłoty było zawsze bardzo krótkotrwałe i już następnego dnia temperatura powracała do normy. Porównanie skuteczności leczniczej Solu-Salvarsanu przy wstrzykiwaniach dożylnych i domięśniowych wykazało, że oba te sposoby stosowania są zupełnie równowartościowe. Wstrzykiwania dożylne nie powodują żadnych objawów ubocznych, ani miejscowych (zakrzepy), ani ogólnych (wymioty, bóle głowy, gorączka).

Scherber zaczyna od 2 cm^3, po 3 dniach wstrzykuje 3 cm^3 i po dalszych 3 dniach znowu 3 cm^3; następnie po czterodniowej przerwie co czwarty dzień po 4 cm^3. W odpowiednich warunkach można wstrzykiwać jednorazowo po 5—6 cm^3 co 5 dni. Dawka ogólna wynosi dla wątłych kobiet 30 cm^3, dla silnych kobiet i mężczyzn 40—50 cm^3. Spostrzeżenia autora dotyczą narazie 27 chorych dotkniętych najróżnorodniejszemi postaciami kiły. W przypadkach kiły pierwszo- lub drugorzędowej działanie lecznicze Solu-Salvarsanu przejawiało się przedewszystkiem w postaci odczynu *Jarisch-Herxheimera*, który występował po pierwszem lub drugiem wstrzyknięciu i znikał bardzo szybko. Objawy skórne i na błonach śluzowych cofały się prawie zawsze po 10—25 cm^3. Wpływ na odczyny surowicze był naogół pomyślny. Po 30—50 cm^3 zarówno odczyn *Wassermanna* jak i *Meinickego* stawał się ujemny. Najodporniejszym był odczyn *M-B*, jednakże i on stawał się w większości przypadków zupełnie ujemny. Trzech pacjentów dotkniętych sprawami kilakowemi zareagowało bardzo pomyślnie już po 30 cm^3. U chorych z objawami kiły mózgowo-rdzeniowej, którzy poprzednio odbyli już kurację zapomocą Neosalvarsanu i malarji, stwierdzono pod wpływem domięśniowych wstrzykiwań Solu-Salvarsanu znaczną poprawę: jeden z takich chorych, nieleczony już od dłuższego czasu, zaczął doznawać bólów i zawrotów głowy; dolegliwości te ustąpiły zupełnie po 34 cm^3; w drugim zupełnie podobnym przypadku poprawa nastąpiła po 50 cm^3 Solu-Salvarsanu. Pewna kobieta, cierpiąca na wiąd rdzenia, odbyła przed 9 laty leczenie zimnicą, które spowodowało znaczną poprawę; pacjentka ta uległa w grudniu 1931 udarowi mózgowemu z niedowładem nerwu twarzowego i lewostronnem porażeniem ręki i nogi. Po 40 cm^3 Solu-Salvarsanu wszystkie objawy

chorobowe cofnęły się bez śladu. Jeden pacjent, cierpiący na porażenie postępujące, który nie był dotychczas nigdy leczony i któremu zastosowano leczenie zimnicą, a następnie rozpoczęto wstrzykiwania Neosalvarsanu, nie znosił, jak się okazało, tych wstrzykiwań, tak że po 3 g Neosalvarsanu trzeba było dalszych wstrzykiwań zaniechać; u chorego tego udało się doprowadzić leczenie do pomyślnego końca przez zastosowanie 20 cm^3 Solu-Salvarsanu. U 2 chorych z Mesaortitis luica Solu-Salvarsan w dawce ogólnej 50 cm^3 doprowadził do ustąpienia dolegliwości podmiotowych i do poprawy objawów przedmiotowych. Pierwsze wstrzyknięcie wywołuje czasami pewne wrażenie ucisku w miejscu wstrzyknięcia, trwające 24—48 godzin; ucisk ten utrudnia do pewnego stopnia leżenie na stronie zastrzyku. Dolegliwości te nie przekraczają jednak pewnych granic i chorzy znoszą je bez żadnych skarg. Przy dalszem stosowaniu wstrzykiwań bóle te pomimo zwiększania dawki znikają zupełnie. Zdarza się czasami, że chory znosi doskonale wszystkie zastrzyki, aż nagle po jednem lub dwóch wstrzykiwaniach występuje wrażenie silniejszego ucisku. Zjawisko to występuje przeważnie u chorych, którzy dawniej otrzymywali już domięśniowe wstrzykiwania preparatów rtęciowych lub bizmutowych. *Scherber* uzależnia wobec tego te odczyny bólowe częściowo od zmian wywołanych w tkankach przez dawniejsze wstrzykiwania bizmutu lub rtęci. Naogół miejscowa tolerancja Solu-Salvarsanu jest przy powolnem wstrzykiwaniu bardzo dobra. Odpowiada ona mniej więcej tolerancji Casbisu, Mesurolu i t. p. Również i po Solu-Salvarsanie, podobnie jak i po Neosalvarsanie, chorzy odczuwają często swoiste wrażenie węchowe. Pewien pacjent, który już po małych dawkach Neosalvarsanu dostawał zespołu objawów angioneurotycznych, dostał zwiastunów tych objawów również i po 3 cm^3 Solu-Salvarsanu. Dwaj inni natomiast znosili Solu-Salvarsan bardzo dobrze, pomimo że Neosalvarsan wywoływał u nich zaburzenia angioneurotyczne. W każdym jednak razie, gdy wiemy na podstawie doświadczenia, że chory nie znosi Neosalvarsanu, należy rozpoczynać wstrzykiwania Solu-Salvarsanu w sposób ostrożny od 2, najwyżej 3 cm^3. Dwa razy wystąpił po Solu-Salvarsanie rozlany rumień, raz po 46 cm^3, raz po 30 cm^3.

Ensbrunner leczył zapomocą Solu-Salvarsanu 30 chorych, dotkniętych kiłą utajoną, kiłą układu nerwowego i kiłą wrodzoną. Owrzodzenia pierwotne goiły się po dwóch wstrzyknięciach; wysypki znikały po 7—8 dniach. U jednego chorego z kiłą złośliwą i u jednego pacjenta z kilakami skóry, którzy dotychczas słabo reagowali na Neosalvarsan i bizmut, osiągnięto szczególnie pomyślny wynik leczniczy. Wpływ na odczyn surowiczy jest pomyślny, chociaż na podstawie dotychczasowego doświadczenia nie można jeszcze powiedzieć, aby pod wpływem Solu-Salvarsanu odczyn szybciej stawał się ujemny niż pod wpływem Neosalvarsanu.

Wstrzykiwania domięśniowe jedynie bardzo rzadko wywoływały niewielkie bóle. Przedmiotowo stwierdzono w 4 przypadkach nieznaczne obrzmienie w miejscu wstrzyknięcia, jednak bez nacieczenia. Po pierwszych wstrzyknięciach zdarzają się niewielkie podwyższenia ciepłoty; stan ogólny jednak i samo-



Pyramidon

przy następujących stanach chorobowych:

Gorączka, bóle wszelkiego rodzaju.
Reumatyzm stawowy i mięśniowy.
Rwa kulszowa, nerwobóle.
Stany hipertoniczne.
Dychawica oskrzelowa, skurcze żołądkowe i kiszkowe.
Bolesne miesiączkowanie, dolegliwości klimakteryczne.

Pyramidon nie wykazuje żadnego działania ubocznego na krążenie krwi i narządy wewnętrzne. Doskonała tolerancja również u dzieci i ciężko chorych.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

flakony	*po*	*20*	*tabletek*	*à 0,1 g*	*zł.*	*2.60*
rurki	*„*	*10*	*„*	*„ 0,3 g*	*„*	*3.50*
pudełka	*„*	*20*	*„*	*" 0,3 g*	*„*	*4.85*

BAYER

»Bayer«
LEVERKUSEN n/R.
Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5.



Przy wszystkich dermatozach i świerzbie

Mitigal

wykazuje energiczne działanie siarki i szybko uśmierza swędzenie.

Pomyślne działanie lecznicze przy świerzbie, przy ropnych i łojotokowych dermatozach, pryszczycy, trądziku, swędzeniu, łupieżu, liszajach, dyshidrosis i t. d.

Mitigal odznacza się czystością stosowania.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:
flaszki po 75 lub 150 g

BAYER

»Bayer«

LEVERKUSEN n/R.
Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5

poczucie żadnemu pogorszeniu nie ulegają. Zaledwie jeden raz — w przypadku wysypki — doszło do lekkiego odczynu *Herxheimera.*

Według spostrzeżeń *Lehnera* krętki znikają po 2—3 wstrzykiwaniach, objawy drugorzędowe po 5—6 wstrzykiwaniach. W dwóch przypadkach wystąpił odczyn *Herxheimera. Lehner* zaleca Solu-Salvarsan przy źle rozwiniętych żyłach, w przypadkach występujących dawniej objawów angioneurotycznych, u pacjentów w starszym wieku oraz u niemowląt i małych dzieci. Dawka Solu-Salvarsanu dla dzieci wynosi od ¼ do 1 cm^3.

Duże dawki pojedyncze stosował dotychczas tylko *Preis.* Zdaniem *Preisa* natychmiastowe wstrzyknięcie 9 cm^3 Solu-Salvarsanu młodym silnym pacjentom ze świeżem owrzodzeniem nie stanowi błędu w sztuce lekarskiej. Również przy ciężko gojących się objawach (syfilidy liszajowate, późne syfilidy na dłoni i podeszwie, wrzodziejące, dośrodkowo w głąb drążące syfilidy prącia i t. d.) należy przedewszystkiem rozpocząć od domięśniowego wystrzyknięcia 6 cm^3 lub więcej Solu-Salvarsanu. Dalsze leczenie należy jednak stosować ostrożnie i nie wstrzykiwać więcej niż 4 cm^3 Solu-Salvarsanu tygodniowo aż do dawki ogólnej 40—60 cm^3. Przy wstrzykiwaniu należy zapomocą aspiracji każdorazowo sprawdzać, czy igła tkwi istotnie w mięśniu, aby uniknąć ew. wstrzyknięcia do tętnicy. Przy najmniejszych objawach podejrzanych o zapalenie skóry należy leczenie przerwać i podawać jodek potasu.

Kogoj stwierdza, że wpływ Solu-Salvarsanu na stwardnienie pierwotne jest bardzo pomyślny. Obrzmienia gruczołów cofały się może nieco wolniej niż po Neosalvarsanie i bizmucie. Pewna 3-letnia dziewczynka z kiłą wrodzoną nie reagowała wcale na Spirocid i Neobismosalvan, poprawiła się natomiast bardzo szybko pod wpływem domięśniowych wstrzykiwań Solu-Salvarsanu. W pewnym odsetku przypadków odczyny surowicze nie poprawiają się tak łatwo, jak to podają *Ensbrunner* i *Scherber.* Przy właściwej technice bolesność w miejscu wstrzyknięcia jest minimalna lub wstrzyknięcie nie wywołuje wogóle żadnego bólu, w każdym razie bolesność jest znacznie mniejsza niż przy Myosalvarsanie.

Objawów skórnych unikamy, przestrzegając starannie następującą technikę:

„Solu-Salvarsan wciągamy do strzykawki specjalną igłą i wstrzykujemy inną, świeżą igłą. Igłę należy wkłuć ukośnie, aby Solu-Salvarsan nie mógł wyciekać z powrotem przez kanał nakłucia. Wyjmowanie igły odbywa się w dwóch etapach: cofamy igłę powoli mniej więcej o 2 cm, obracając ją wolno, aby w miarę możności zetrzeć z niej ślady Solu-Salvarsanu, następnie wyciągamy ją szybko gwałtownym ruchem."

Solu-Salvarsan można łączyć z bizmutem, rtęcią, jodem, mlekiem, środkami wywołującemi gorączkę i t. d. W praktyce ogólnej, zwłaszcza przy świeżych zakażeniach, odpowiedniejszym jest Neosalvarsan. Solu-Salvarsan jest natomiast wskazany przy kile wrodzonej, kiłowem zapaleniu tętnicy głównej i kile nerwowej.

Dla ostatecznej oceny wartości leczniczej Solu-Salvarsanu potrzebne są dalsze badania i obserwacje w ciągu dłuższego czasu. Dobra tolerancja preparatu zarówno miejscowa jak i ogólna nie ulega już obecnie żadnej wątpliwości.

Dr. BELLINI.

W SPRAWIE LECZENIA BRAKU APETYTU.

(Referat według R. d. Clin. e Terap. Tom 47).

Jednym z najskuteczniejszych środków dla leczenia braku łaknienia jest niewątpliwie Orexina. Z chemicznego punktu widzenia przedstawia Orexina taninian fenylodwuhydrochinazoliny. Orexina nie wykazuje żadnych objawów działania ubocznego i nie posiada zapachu ani smaku. Pod wpływem Orexiny stwierdza się nietylko znaczne zwiększenie się uczucia głodu, lecz również wcześniejsze i silniejsze występowanie wolnego kwasu solnego. Działanie Orexiny polega głównie na podrażnieniu błony śluzowej żołądka, które wzmaga wydzielanie kwasu solnego i pobudza czynność gruczołów żołądkowych; ponadto Orexina zwiększa ruchy perystaltyczne kiszek i ułatwia wchłanianie się pokarmu.

Stosowanie Orexiny jest wskazane we wszystkich przypadkach niedostatecznego apetytu, które występują samoistnie na podłożu przeważnie nerwowem lub towarzyszą najróżnorodniejszym chorobom. Orexina nie wchodzi natomiast w rachubę przy wstręcie niektórych osobników w stosunku do pewnych potraw. Najlepsze wyniki osiąga się zapomocą Orexiny w przypadkach braku łaknienia wywołanego rozpoczynającą się lub przewlekle przebiegającą gruźlicą płuc, przy pierwotnej i wtórnej niedokrwistości lub blednicy, przy neurastenji i histerji oraz przy zbyt małym apetycie wskutek przewlekłych chorób różnego rodzaju, przy wychudzeniu i przy lżejszych cierpieniach lub stanach nieżytowych żołądka. Mówiąc ogólnie, Orexina jest wskazana u tych pacjentów, którzy wskutek braku łaknienia spożywają zbyt mało pokarmów i nie mogą w związku z tem dostatecznie szybko powrócić do zdrowia. Orexina jest także bardzo skuteczna jako środek pomocniczy przy kuracjach tuczących, np. po przebyciu ostrych chorób zakaźnych (grypa, krztusiec, płonica, odra, błonica i t. d.), przy rozpoczynającej się gruźlicy, po operacjach oraz w okresie rekonwalescencji.

Na szczególną uwagę zasługuje działanie Orexiny przy wymiotach podczas ciąży. Mdłości i wymioty ustają zwykle po 2—3 dniach i pacjentki odzyskują normalne łaknienie. Orexinę podaje się trzy razy dziennie w dawce po 0,25 g na pół godziny przed jedzeniem. W znakomitej większości przypadków Orexina szybko usuwa przykre dolegliwości żołądkowe i sprawia pacjentkom znaczną ulgę.

Spostrzeżenia autora, oparte na obserwacji chorych, leczonych Orexiną przed 10 laty, dowodzą, że Orexina wywiera pomyślne działanie lecznicze nietylko w przypadkach nerwic czynnościowych, lecz również w przypadkach wykazujących objawy poważniejszej choroby organicznej.

Po przebyciu ostrych chorób zakaźnych wieku dziecięcego, jak odra, płonica i t. d., niektóre dzieci całkowicie tracą apetyt i uporczywie odmawiają przyjmowania dostatecznej ilości pożywienia. Przypadki takie są również wdzięcznem wskazaniem do stosowania Orexiny, którą podaje się w dawce 0,25 g raz lub dwa razy dziennie w herbacie lub mleku.

Dr. H. ALBRECHT, Monachjum.

ZAGADNIENIE „OKRESOWEJ BEZPŁODNOŚCI" KOBIET.

(Referat według Münchener Medizinische Wochenschrift 1933, Nr. 43).

Zagadnienie cyklicznej bezpłodności kobiet było przedmiotem specjalnych badań *Knausa* i *Ogino*. Autorzy ci podali prosty wzór matematyczny, według którego można jakoby określać dnie, w których kobieta zdolna jest do zapłodnienia i dnie, w których zapłodnieniu ulec nie może. Dnie te odpowiadają okresom bezpłodności fizjologicznej i okresom rui większości ssaków.

Dla określenia dni płodności i bezpłodności *Knaus* opierał się na następujących danych, opartych na badaniach biologicznych i klinicznych:

1. W warunkach fizjologicznych owulacja odbywa się regularnie na 14 dni przed miesiączkowaniem. Ciało żółte posiada samodzielną czynność, która utrzymuje się w ciągu 14 dni i nie dopuszcza do następnej owulacji. Jajo może zostać zapłodnione jedynie w ciągu kilku godzin po pęknięciu pęcherzyka.

2. Plemniki w narządach płciowych kobiety tracą swą zdolność zapładniającą w ciągu około 48 godzin.

Na podstawie tych danych można określić porę, kiedy kobieta jest zdolna do zapłodnienia, a kiedy na zapłodnienie nie reaguje. Należy mieć w tym celu dokładną statystykę występowania perjodów conajmniej w ciągu roku. Obliczamy dzień, w którym — w granicach indywidualnych wahań trwania menstruacji — powinna się odbyć owulacja, to znaczy określamy porę istnienia w ustroju kobiety jaja zdolnego do zapłodnienia (14 dni przed menstruacją). Należy przytem uwzględnić okoliczność, że plemniki, które przeniknęły do narządów płciowych kobiety przed owulacją, mogą zachować swą zdolność zapłodnienia w ciągu 24 godzin, czyli że stosunek odbyty na 2 dni przed owulacją może doprowadzić do zapłodnienia. Dla zapewnienia większej dokładności w określaniu dni płodności i bezpłodności *Knaus* uwzględnia dodatkowo 3 dni przed owulacją i 1 dzień po owulacji.

Oto przykład:

Jeżeli u danej kobiety przerwy międzymiesiączkowe wahają się w granicach 25, 28 i 32 dni, to dnie owulacji obliczamy odejmując każdorazowo 14, to zna-

czy 11, 14 i 18 dni od pierwszego dnia ostatniej menstruacji. Kobieta ta musi się więc liczyć z możliwością wahań dnia owulacji w granicach 7 dni. Dla określenia następnie czasu możliwego zapłodnienia należy dodać 3 dni do dnia wystąpienia najwcześniejszej owulacji i 1 dzień do owulacji najbardziej spóźnionej. Kobieta może więc zostać zapłodniona w czasie od 8-go do 19-go dnia od chwili wystąpienia ostatniego perjodu.

Ogino, niezależnie od *Knausa*, doszedł do prawie takich samych wyników, co zwiększa do pewnego stopnia prawdopodobieństwo poglądów *Knausa*.

Autor omawia następnie szczegółowo ewentualne źródła błędów, nieregularność menstruacji i t. d., uwzględniając przytem wyniki spostrzeżeń klinicznych i operacyjnych i dochodzi ostatecznie do następujących wniosków:

W cyklu menstruacyjnym kobiety istnieje rzeczywiście regularna biologiczna naprzemienność okresów możliwego i niemożliwego zapłodnienia w znaczeniu teorji *Knausa* i *Ogino*.

Dane te można wykorzystać w znaczeniu dodatniem zwłaszcza dla udzielenia wskazówek co do okresu największego prawdopodobieństwa zajścia w ciążę w przypadkach względnego osłabienia potencji mężczyzny.

Dla obliczania matematycznego profilaktyki przeciwciążowej prawo *Knausa-Ogino* nie daje bezwzględnej pewności. Prawo to należy sprawdzić na podstawie znacznie większej statystyki dla wykrycia i ograniczenia źródeł możliwych błędów (odchylenia okresów cyklicznych). Neo-maltuzjanizm oparty na prawie *Knausa-Ogino* należy odrzucić, gdyż jest on niepewny z naukowego punktu widzenia i niepożądany z punktu widzenia rozrodczości. Omawianej postaci profilaktyki przeciwko zajściu w ciążę nie można również uważać, jak to czynią niektórzy autorzy, za „fizjologiczną“. Cel nie uświęca środków. Metoda obliczania ma wykorzystać z godnym potępienia podstępem dnie bezpłodności dla „matematycznego“ zastąpienia sposobów chemiczno-mechanicznych. Jako mająca na celu wyłącznie zaspokojenie zwykłego zmysłowego popędu płciowego nie może być uznana za etyczną.

Prof. dr. R. BIELING i dr. L. OELRICHS, Oddziały Serobakterjologiczne Zakładów Behringa w Frankfurcie n.M., w Hoechst i w Marburgu.

DALSZE BADANIA NAD MECHANIZMEM DZIAŁANIA OMNADINY.

(Referat według Dtsch. med. Wschr. 1934, Nr. 40).

W dalszym ciągu swych badań nad mechanizmem działania Omnadiny (D. M. W. 1934, Nr. 7, Wiadomości Terapeutyczne 1934, Nr. 4), autorzy poczynili następujące spostrzeżenia: w ciągu kilkomiesięcznego uodporniania konia toksyną błoniczą zwiększyło się miano antytoksyczne surowicy tego konia do 750, jednakże w ciągu następnych dwóch miesięcy miano to obniżyło się stopniowo do 110. Koniowi temu wstrzyknięto następnie domięśniowo 20 cm³ Omnadiny, czyli dawkę odpowiadającą jego wielkości. Po tem wstrzyknięciu miano antytoksyczne zwiększyło się w ciągu 2 godzin ze 110 na 210, po 4 godzinach wynosiło ono jeszcze 150, następnie po 6 godzinach opadło do 120, po 8 i 10 godzinach wynosiło 100 i następnego dnia przy kilkakrotnych badaniach znowu wynosiło 110, czyli było dokładnie takie same jak bezpośrednio przed wstrzyknięciem Omnadiny.

Szczególne znaczenie dla poznania sposobu działania Omnadiny ma stwierdzenie faktu, że odporność bakteryjna po jej spadku może pod wpływem wstrzyknięcia Omnadiny znowu szybko się zwiększyć. Tak np. okazało się, że trzy króliki, które przed miesiącem uodporniono w stosunku do pneumokoków typu I, znosiły bez szkody dożylne wstrzyknięcie 1 cm³ świeżej hodowli buljonowej 1 : 1000, podczas gdy zwierzęta kontrolne, których poprzednio nie uodporniono, ginęły od takiego samego zakażenia w ciągu 24 godzin. Zastosowana hodowla była tak złośliwa, że nawet rozcieńczenia 1 : 100 000, lub jeszcze większe, zabijały zwierzęta w ciągu 24 — 48 godzin. Uodpornienie przeciwko zarazkom było stosunkowo długotrwałe, gdyż stwierdzono je jeszcze po upływie 12 i 15 tygodni.

W drugiej serji doświadczeń uodporniono króliki w taki sam sposób, jednakże uodpornienie już po 3 miesiącach wygasło zupełnie. Dwóm normalnym królikom i dwóm królikom uodpornionym wstrzyknięto po 1 cm³ rozcieńczenia 1 : 1000 złośliwej hodowli pneumokoków; zwierzęta uległy zakażeniu i zginęły w ciągu 2 dni.

Po tych dwóch serjach wstępnych doświadczeń autorzy przystąpili do badań najważniejszych, które polegały na następujących doświadczeniach; zwierzętom uodpornionym przed dwoma lub trzema miesiącami wstrzykiwano domięśniowo po 2 cm³ Omnadiny. Następnie po 18 względnie 25 godzinach zakażano dożylnie króliki pneumokokami. Dwóm dalszym poprzednio uodpornionym królikom również wstrzykiwano w ten sam sposób Omnadinę, lecz zakażano je pneumokokami już w 6 godzin po wstrzyknięciu Omnadiny i wreszcie dwa z pośród dawniej uodpornionych królików zakażano bez uprzed-

niego zastosowania Omnadiny. Dla kontroli użyto ponadto jeszcze dwa świeże poprzednio nieuodpornione króliki. Wszystkie 8 królików otrzymało w tym samym czasie dożylnie jednakową dawkę złośliwej hodowli. Wyniki doświadczeń uwidacznia poniższa tablica:

Nr królika	Postępowanie przygotowawcze	Zakażenie	Dzień śmierci	Posiew krwi
C 865	Poprzednio uodporniony i Omnadina 25 godzin przed zakażeniem.	1,0 1 : 1000 dożylnie	Pozostaje przy życiu	Jałowy
C 868	Poprzednio uodporniony i Omnadina 18 godzin przed zakażeniem.	1,0 1 : 1000 dożylnie	Pozostaje przy życiu	Jałowy
C 866	Poprzednio uodporniony i Omnadina 6 godzin przed zakażeniem.	1,0 1 : 1000 dożylnie	† 7	Pneumokoki
C 869	Poprzednio uodporniony i Omnadina 6 godzin przed zakażeniem.	1,0 1 : 1000 dożylnie	† 2	Pneumokoki
C 867	Poprzednio uodporniony. Bez Omnadiny.	1,0 1 : 1000 dożylnie	† 4	Pneumokoki
C 870	Poprzednio uodporniony. Bez Omnadiny.	1,0 1 : 1000 dożylnie	† 3	Pneumokoki
B 468	Królik kontrolny bez jakiegokolwiek przygotowania.	1,0 1 : 1000 dożylnie	† 2	Pneumokoki
B 472	Królik kontrolny bez jakiegokolwiek przygotowania.	1,0 1 : 1000 dożylnie	† 2	Pneumokoki

Zwierzęta, uodpornione przed 3 miesiącami, zdążyły już prawie całkowicie stracić swą uzyskaną wówczas odporność, tak że nie były już w stanie przezwyciężyć zastosowanego silnego zakażenia. Nieco dłuższe utrzymywanie się przy życiu zwierząt 867 i 870 wykazuje jednak, że pewne niewielkie resztki odporności jeszcze w nich pozostały.

Wstrzyknięcie Omnadiny, dokonane na 18 — 25 godzin przed zakażeniem, obudziło istniejącą dawniej lecz już wyczerpaną odporność, tak że zwierzęta pozostały przy życiu, a wielokrotne badania krwi nie wykazały obecności pneumokoków. Takie działanie wstrzyknięcia Omnadiny odpowiada temu, co *Bieling* i *Oelrichs* wykryli w swych dawniejszych badaniach nad odczynem anamnestycznym; w doświadczeniach tych autorom udawało się zapomocą wstrzyknięcia Omnadiny szybko i znacznie zwiększyć miano aglutynacyjne, które istniało dawniej, lecz z biegiem czasu już opadło. Ze spostrzeżeń tych wynika, że wstrzyknięcie Omnadiny nietylko szybko zwiększa znów miano przeciwciał surowicy poprzednio uodpornionych zwierząt, lecz że również odporność, która dawniej się wytworzyła, lecz z biegiem czasu znowu osłabła, znacznie się pod wpływem wstrzyknięcia Omnadiny wzmaga, tak że zwierzęta okazują się w stanie stosunkowo łatwo przezwyciężyć ciężkie zakażenie. Jednakże działanie wstrzyknięcia Omnadiny ujawnia się w tych doświadczeniach pozornie nieco wolniej niż w doświadczeniach poprzednich. Tak np. miano

aglutynacyjne zwiększało się wyraźnie już w 6 godzin po wstrzyknięciu Omnadiny, natomiast w doświadczeniach z odpornością korzystne zmiany w surowicy wytwarzały się dopiero po 18 — 25 godzinach. Jednakże nawet jedno jedyne wstrzyknięcie Omnadiny może już po 6 godzinach doprowadzić do znacznego zwiększenia istniejącej dawniej lecz już wyczerpanej odporności.

Wydaje się jednak, że siła działania leczniczego nie przebiega równolegle do ilości zastosowanej Omnadiny.

W poszczególnych doświadczeniach na zwierzętach udawało się otrzymać po wstrzyknięciu 0,5 cm^3 silniejsze nawet zwiększenie miana niż po zwykle stosowanej przeciętnej dawce 2 cm^3. Odporność zwierząt doświadczalnych przeciwko zakażeniu pneumokokowemu, znowu spotęgowana doraźnie pod wpływem wstrzyknięcia Omnadiny, nie jest bynajmniej wynikiem zwiększenia sił bakterjobójczych surowicy. W doświadczeniach na zwierzętach, których obniżone miano aglutynacyjne znacznie się znów powiększyło pod wpływem Omnadiny, nie można było przy odpowiednich pomiarach wykryć uchwytnego wzmożenia siły bakterjobójczej surowicy przeciwko stosowanym drobnoustrojom. Pomimo że Omnadina silnie zwiększała miano aglutynacyjne, surowica nie zyskiwała większej zdolności zabijania laseczników durowych w bezpośredniem zetknięciu niż przed wstrzyknięciem Omnadiny. Zwiększona odporność i zdolność obronna takich zwierząt przeciw zarazkom chorobotwórczym znajduje swój wyraz raczej w przyspieszonem wydalaniu bakteryj z krążenia krwi. Ta zdolność szybkiego usuwania zarazków ze krwi przedstawia prawdopodobnie istotę zwiększonej odporności przeciw ponownym zakażeniom zwierząt dawniej uodpornionych, a następnie poddanych działaniu Omnadiny. Ta cecha okazuje się natomiast zkolei zależną od stanu czynnościowego określonych komórek ustrojowych, a mianowicie stałych i ruchomych fagocytów, obdarzonych, jak wiadomo, zdolnością usuwania z organizmu wszelkich ciał obcych, a zwłaszcza zarazków chorobotwórczych. Należy uznać, że zwiększenie się pod wpływem Omnadiny już obniżonego miana aglutynacyjnego poprzednio uodpornionych zwierząt polega na aktywizacji fagocytarnych komórek ustrojowych. Omnadina wzmaga więc czynność tych komórek, których zadaniem jest usuwanie zarazków chorobotwórczych z obiegu krwi.

W ten sposób staje się zrozumiałe, na czem polega stwierdzane w badaniach doświadczalnych przyspieszenie pod wpływem Omnadiny wydalania zarazków ze krwi, które może przebiegać bez jednoczesnego zwiększenia się w surowicy związków wywierających na zarazki chorobotwórcze bezpośredni wpływ bakterjobójczy. Zwiększona odporność zwierząt w stosunku do wszelkich zarazków chorobotwórczych, którą stwierdzamy po wstrzyknięciu Omnadiny, polega więc w ostatecznym wyniku na skutecznem pobudzeniu czynności fagocytarnych.

Dr. G. DORNER, Szpital Miejski w Monachjum.

SPOSTRZEŻENIA PRAKTYCZNE NAD STOSOWANIEM SALYRGANU PRZY KANALIKOWEM ZAPALENIU NEREK.

(Referat według Münch. Med. Wschr. 1934, Nr. 18).

Sposób działania rtęciowych środków moczopędnych nie jest jeszcze ostatecznie wyjaśniony. Jako punkt uchwytu wchodzą tu w rachubę zarówno nerki (*Kollert*, Ther. Gegenwart 1920, Nr. 22), jak i naczynia włosowate i tkanki (*Saxl* i *Heilig*, Wien. Klin. Wschr. 1920, Nr. 33; Wien. Arch. inn. Med. 1922, Nr. 3; Z. exper. Med. 1923, Nr. 38; *Nonnenbruch* M. M. W. 1921, Nr. 40). *Möller* (Bioch. Zschr. 1927, 199; Arch. exp. Path. 1930, tom 148), *Iversen* i *Hecht - Johannsen* (Klin. Wschr. 1929, Nr. 8) i *Claussen* (Zschr. exper. Med. 83, 231; Ergebn. inn. Med. 1932, 43) wykazali, że Salyrgan działa zarówno na nerki jak i na tkankę pozanerkową i że nie pozostaje bez wpływu również i na wątrobę. Salyrgan jest nietylko pewnym środkiem moczopędnym przy obrzękach sercowych, lecz nie zawodzi również u chorych z daleko posuniętem kanalikowem zapaleniem nerek (Nephritis tubulosa). Autor obserwował trzech chorych dotkniętych kanalikowem zapaleniem nerek, których rokowanie należało uważać za zasadniczo niepomyślne, a którzy poprawili się bardzo pod wpływem kuracji salyrganowej. W przypadku puchliny brzusznej autor wstrzyknął 5 cm^3 Salyrganu, rozcieńczonego taką samą ilością fizjologicznego roztworu soli kuchennej, bezpośrednio do jamy brzusznej, w tem samem miejscu, w którem zwykle dokonywa się nakłucia dla wypuszczenia płynu. Wstrzykiwany płyn należy ogrzać do ciepłoty ciała, igła powinna być cienka, a w przypadkach znacznych obrzęków skórnych — dostatecznie długa. Przez wciąganie płynu upewniamy się, czy igła istotnie całkowicie przebiła powłoki brzuszne i czy koniec jej tkwi w wolnej jamie otrzewnowej, wypełnionej płynem przesiękowym. Dootrzewnowe wstrzykiwanie Salyrganu jest dozwolone jedynie w razie obecności płynu. Jeżeli puchlina brzuszna już się wessała, to wskazane są raczej wstrzykiwania domięśniowe, które działają lepiej niż wstrzykiwania dożylne. Wobec tego, że wszystkie 3 obserwowane przez autora przypadki niczem się od siebie nie różniły, autor ogranicza się do przytoczenia jednego z nich jako przykładu:

R. B. 39 lat. Jesienią 1931 zapalenie nerek; w grudniu krwawy mocz. W styczniu 1932 chory powrócił do pracy. Po wysiłku fizycznym obrzęki. Mocznik jedynie na początku zwiększał diurezę, poczem działanie jego zupełnie zawiodło. Od listopada 1932 puchlina brzuszna. Z powodu nieznośnego uczucia pełności i zagrażającej życiu duszności chory 22.2.1933 zapisał się do szpitala. Stan w chwili przybycia: Ciśnienie tętnicze 145—80 mm Hg. Obrzęków na nogach nie stwierdza się. W moczu 6‰ białka, ciężar właściwy 1025. W osadzie wałeczki. Diureza w ciągu pierwszych 24 godzin 200 cm^3. Azot resztkowy 38 mg%, białko w surowicy 3,41%, sól kuchenna 660 mg%, kwas moczowy 3,8 mg%; cukier we krwi 70 mg%; rezerwa

alkaliczna 48%, hemoglobina 80%, krwinki czerwone 4,300.000. Pod wpływem naparstnicy diureza się nie zwiększyła, natomiast puchlina brzuszna stale wzrastała; z tego względu 27.2. dokonano nakłucia brzusznego i wypuszczono 6100 cm^3 przezroczystego wodnistego płynu, o zawartości białka 1,5‰ i ciężarze właściwym 1003. Wystąpiły znaczne obrzęki kończyn dolnych, które cofnęły się, gdy puchlina brzuszna znowu zaczęła się zwiększać. Podobne paradoksalne zachowanie się stwierdzono również u dwóch pozostałych pacjentów. Kofeina, mocznik i inne środki moczopędne pozostały zupełnie bez wpływu na gospodarkę wodną. Po 3 tygodniach trzeba było dokonać jeszcze dwukrotnego nakłuwania jamy brzusznej, przyczem za każdym razem wypuszczano po 6500 cm^3. Stan chorego pogarszał się coraz bardziej i wydawał się poprostu beznadziejny. Z tego względu autor dokonał próby zastosowania wielkich dawek Salyrganu, chociaż zdawał sobie sprawę z ryzyka takiego postępowania przy obecności 24‰ białka w moczu. Jednakże wbrew wszelkim obawom stan chorego pod wpływem wstrzykiwań Salyrganu nietylko się nie pogorszył, lecz nastąpiła szybko znakomita poprawa.

Pierwsze	wstrzyknięcie				dało diurezę dobową	3500	cm^3	i	35	g	NaCl
Drugie	wstrzyknięcie	po	5	dn.	dało diurezę	3300	„	„	24	„	„
Trzecie	„	„	14	„	„ „	4000	„	„	42	„	„
Czwarte	„	„	2	„	„ „	2200	„	„	—	„	„
Piąte	„	„	11	„	„ „	3800	„	„	33	„	„
Szóste	„	„	17	„	„ „	2500	„	„	—	„	„

Następnie chory przestał już zatrzymywać wodę. Po zakończeniu kuracji salyrganowej chory wydzielał w ciągu doby 4 razy większą ilość moczu niż w dniu przyjęcia do szpitala. Chorego zatrzymano w szpitalu dla obserwacji jeszcze przez 3 tygodnie, poczem wypisano go w dobrym stanie ogólnym. Białkomocz wahał się od 2—16‰, ciśnienie krwi 170—115. Po upływie 6 miesięcy chory doniósł, że waga jego w ubraniu wynosi 58 kg (w dniu opuszczenia szpitala 64,9). Mocz zawiera 5‰ białka. Przeciętna diureza dobowa 800—1000 cm^3. Ani śladu puchliny brzusznej lub obrzęków. Sen i apetyt doskonałe. Chory może codziennie odbywać kilkugodzinne przechadzki.

U wszystkich trzech chorych mieliśmy do czynienia z nefropatją kłębuszkowo-kanalikową. Współudział kłębuszków, polegający na zwiększeniu się ciśnienia tętniczego, uwidocznił się dopiero po usunięciu obrzęków przez Salyrgan. Autor zaleca na podstawie swoich spostrzeżeń Salyrgan jako środek wyboru przy wszystkich cierpieniach nerkowych, których najważniejszą oznaką jest schorzenie kanalików. W przypadkach takich Salyrgan wykazuje niewątpliwy dodatni wpływ na nefrotyczny składnik choroby i jego przejawy. U chorych z puchliną brzuszną najwłaściwszem postępowaniem są dootrzewnowe wstrzykiwania Salyrganu, gdyż moczopędne działanie ich trwa dłużej niż wstrzykiwań domięśniowych i są one przytem mniej bolesne. Diureza rozpoczyna się zwykle w 3 do 4 godzin po wstrzyknięciu, osiąga swe największe natężenie w ciągu 10—12 godzin i następnie znowu stopniowo opada. W drugim dniu po wstrzyknięciu działanie Salyrganu już się wyczerpuje. Wydzielaniu znacznych ilości soli kuchennej nie towarzyszyło równoległe obniżanie się poziomu soli w surowicy krwi. Wobec tego jednak, że opisywano w literaturze tężyczkę (w związku z utratą soli) po działaniu Salyrganu, autor podawał swym pacjentom co 3 godziny po łyżce stołowej Ammonii chlorati w postaci Mixtura solvens (co 2—3 dni). Żadnej różnicy w działaniu jednak zauważyć się nie udało, ani

też nie spostrzegano żadnych objawów tężyczkowych. Wstrzykiwania dootrzewnowe posiadają tylko jedno działanie uboczne, które nie przekracza zresztą granic tolerancji: diureza rozpoczyna się wśród ciągnących, częściowo kurczowych bólów w brzuchu i okolicy lędźwiowej, przyczem pod koniec działania moczopędnego bóle te powtarzają się po raz drugi. Następnego dnia po wstrzyknięciu pacjenci są zmęczeni i osłabieni.

Dr. F. M. MEYER, Berlin.

BÓL A MORFINIZM.

(Referat według Schmerz, Narkose u. Anaesthesie 1934, tom 7).

Najważniejszym czynnikiem, dającym pierwszy bodziec do powstania nałogu morfinizmu, jest odczuwanie bólu wskutek cierpień fizycznych. Większość chorych, którzy stali się morfinistami, zapoznała się po raz pierwszy z tym jadem odurzającym przy jakiemś schorzeniu, któremu towarzyszyły bóle, albo też w związku z dokonaniem zabiegu operacyjnego; następnie ze względu na neurotyczną budowę ich osobowości to dorywcze zapoznanie się z morfiną przeszło w uporczywy nałóg. Nawet doświadczony lekarz zaledwie bardzo rzadko potrafi sobie wytworzyć tak jasny obraz o stanie duchowym swego pacjenta, że będzie w stanie rozpoznać z całą pewnością neuropatję; jeszcze trudniejszem okazuje się jednak stanowcze wykluczenie omawianego zaburzenia psychicznego. Wobec tego jednak, że neurotyk z całem swem nieprzygotowaniem do walki życiowej i ze swą nieumiejętnością lub niezdolnością poznania istoty prawdziwego zadowolenia lub szczęścia, zwykle ulega pociągającej sile działania narkotyku, lekarz powinien bezwarunkowo przestrzegać jaknajwiększą wstrzemięźliwość w zalecaniu i stosowaniu morfiny. Następujące przykłady wykazują, w jaki sposób nałóg morfinizmu może powstać w związku z zarządzeniem lekarskiem:

1. 38-letni chemik jest morfinistą już od 20 lat; gdy miał zaledwie 18 lat i przygotowywał się do egzaminów maturalnych, poskarżył się swemu domowemu lekarzowi, że cierpi na bezsenność; lekarz zapisał mu nieopatrznie pantopon i stał się mimowoli sprawcą ciężkiego nałogu.

2. 27-letni dziennikarz, uporczywy morfinista, stał się nałogowcem od czasu, gdy przed 8 laty w związku z operacją gruczołu krokowego podano mu czopek z morfiną.

3. 44-letnia kobieta otrzymała przed 18 laty z powodu migrenowych bólów głowy lekarstwo zawierające morfinę i stała się od tego czasu morfinistką. Od 3-ch lat przyjmuje już wyłącznie czystą morfinę.

4. 44-letni właściciel restauracji chorował na nieżyt żołądka na podłożu nadużywania alkoholu; lekarz wstrzykiwał mu w coraz krótszych odstępach czasu morfinę, przyczem chory nie podejrzewał nawet, że jest leczony odurzającym środkiem narkotycznym.

Lekarz powinien zawsze dążyć do tego, aby łagodzić lub uśmierzać bóle swoich pacjentów; byłoby jednak błędem uważać, że zawsze potrzebne jest w tym celu jakieś lekarstwo, przedewszystkiem zaś należy się strzec przed zbyt

pochopnem i zbyt częstem zwracaniem się do morfiny lub jej namiastek. Będziemy w stanie okazać istotną pomoc chorym jedynie wówczas, jeżeli nauczymy się przypisywać zjawiskom bólu ich właściwe znaczenie objawu towarzyszącego i nie będziemy widzieć w uśmierzaniu bólów swego najważniejszego zadania. Należy przedewszystkiem dążyć do znalezienia źródła bólu i następnie w miarę możności leczyć etjologicznie. Rozumie się, oczywiście, samo przez się, że w przypadkach ciężkich nieszczęśliwych wypadków i t. p. należy bezwarunkowo przynieść choremu potrzebną ulgę. Niewiele jednak pomożemy choremu, jeżeli na każdą jego cielesną skargę będziemy odpowiadać zapisywaniem recepty; osłabiamy jedynie w ten sposób siły odpornościowe i popieramy mimowoli słabe lub ujemne strony osobowości chorego. Zwłaszcza spostrzeżenia wojenne wykazały, że wielu konstytucjonalnie słabych lub chwiejnych ludzi rozwija się pod względem zdrowotnym lepiej, jeżeli cały ich tryb życia zbliża się i dostosowuje do wymagań dnia codziennego, a nie jeżeli każde drobne niedomaganie, którego nawet zdrowy człowiek od czasu do czasu uniknąć nie jest w stanie, staje się przedmiotem narad lekarskich, badań przemiany materji, przepisów dietetycznych i zleceń leczniczych. Również i przy stwierdzeniu niewątpliwych bólów pacjenta, lekarz nigdy nie powinien zapominać o możliwości wytworzenia się nałogu. Byłoby błędem nie do darowania, uważać, że jednorazowe zastosowanie morfiny jest postępowaniem niewinnem lub też że istnieją preparaty odurzające, które nie mogą wywoływać nałogu. *Meyer* donosił już wielokrotnie (Münch. med. Wschr. 1933, Nr. 19, 1934, Nr. 2), że preparaty zawierające alkaloidy, o których się mówi, że nie grożą wytworzeniem nałogu, jednak również mogą doprowadzić do przyzwyczajenia się. Nie zachodzi ponadto właściwie żadna konieczna potrzeba zapisywania wyłącznie środków przeciwbólowych zawierających alkaloidy, gdy istnieje wiele preparatów uśmierzających bóle i niezawierających żadnych alkaloidów odurzających. Ustne doniesienia doświadczonych lekarzy oraz dane z piśmiennictwa dowodzą, że wiele takich środków wykazuje istotne działanie przeciwbólowe, sprawiające znaczną ulgę choremu, tak że nie mamy właściwie żadnego powodu zwracać się przy każdym silniejszym bólu do preparatów makowca. Tak np. wiadomo powszechnie o dobrych wynikach, jakie się osiąga przy kolce żółciowej lub nerkowej i innych bolesnych cierpieniach zapomocą Novalginy. Możemy się zwracać bez żadnych zastrzeżeń do morfiny jedynie wówczas, gdy ból jest istotnie nie do zniesienia i nie można go natychmiast uśmierzyć zapomocą żadnego zabiegu operacyjnego, następnie jeżeli mamy do czynienia z chorobą nieuleczalną, która prawdopodobnie już długo nie potrwa, a więc przedewszystkiem przy nienadających się do operacji nowotworach złośliwych, przy gruźlicy w ostatnim okresie i u ludzi umierających. Należy być bardzo ostrożnym i wstrzemięźliwym z zalecaniem morfiny, jeżeli chory, którego widzimy po raz pierwszy, skarży się na silne bóle, gdyż na podstawie wielkiego doświadczenia wiemy, że podejrzenie świadomego powiększania bólu albo zupełnej symulacji jest prawie zawsze uzasadnione. Wielu morfinistów

nauczyło się w ciągu swego cierpienia tak doskonale naśladować najcięższe napady bólowe, a zwłaszcza mocne napady kamicy żółciowej i tak „wić się poprostu z bólu“, że nawet stary i doświadczony lekarz może popaść w zwątpienie, z czem istotnie ma do czynienia.

Wielu chorych, i to nawet takich, którzy starają się ułatwiać lekarzowi jego zadanie i stosować starannie przepisy lecznicze, podaje, że przez długi czas po odjęciu narkotyku odczuwają oni oprócz wielkich cierpień duchowych również i dotkliwe bóle fizyczne. Przeważnie chorzy skarżą się na to samo cierpienie, które niegdyś skłoniło lekarza do zalecenia im tego fatalnego dla nich pierwszego zastrzyku. *Meyer* nazywa ten objaw „plastycznie ukształtowanym protestem przeciwko wyzdrowieniu“. Objaw ten występował np. wyraźnie u wspomnianej powyżej (Nr. 3) chorej, która zapoznała się z morfiną dzięki „migrenie“.

Pacjentka cierpiała na bóle głowy już od dziecinnych lat. Bóle te były udręką jej życia. Migrena zatruła goryczą uroczysty dzień ślubu. Gdy pacjentka i jej mąż mieli zamiar cokolwiek przedsięwziąć, zawsze zjawiał się dokuczliwy ból. Z tego właśnie względu po dwóch latach pożycia małżeńskiego otrzymała ona od lekarza złowrogi narkotyk i tak trwało przez 18 lat. Pod koniec chora wstrzykiwała sobie codziennie conajmniej 0,5 g morfiny. Morfina była dla niej niezbędna, gdyż bez niej ból stawał się „nie do zniesienia“, co zmuszało następnie lekarza do zapisywania jej tego narkotyku. Gdy przeprowadzono już połowę kuracji odzwyczajania, „migrena“ zjawiła się znowu. Na dolegliwości te zareagowano z całą stanowczością, jakiej wymaga leczenie osoby neuropatycznej, to znaczy nie podawano jej zasadniczo żadnego lekarstwa i nie zwracano prawie żadnej uwagi na „dokuczliwe“ bóle.

Niektórzy chorzy skarżą się na szczególnie bolesne wrażenie palenia w żołądku, które ujawnia się nierzadko zwłaszcza podczas seansów psychoterapeutycznych. Palenie to znika natychmiast, gdy wystąpi jakikolwiek inny objaw nerwicowy. Po uśmierzeniu tego nowego objawu, palenie zaczyna się znowu. Żadne środki alkaliczne nie sprawiają tu ulgi, pomaga natomiast właściwe zrozumienie całej osobowości i wyjaśnienie wszystkich konfliktów, które ją obciążają. Również kurcze żołądkowo-kiszkowe, bolesne biegunki, „nieznośne“ bóle w okolicy serca należą do częstych skarg chorych; badanie przedmiotowe daje przytem zawsze wyniki zupełnie ujemne. Lekarz więc, o ile chce osiągnąć pożądany cel wyleczenia morfinisty, powinien zawsze stanowczo odmawiać zgody na zapisywanie przeróżnych leków, stać twardo na swem stanowisku i z żelazną konsekwencją i niewyczerpaną cierpliwością pomagać choremu przezwyciężać jego ciężkie chwile i godziny. Chory zaś po odzyskaniu poczucia swych własnych sił musi się nauczyć opanowywać swe bóle. Na podstawie własnego doświadczenia donosi *Meyer* o chorych, którzy po wyleczeniu z nałogu morfinizmu po dłuższym czasie znowu zapadli na nowe albo swe dawne cierpienia: „zarówno chorzy jak i ich lekarze mogli być dumni, widząc nowe ustosunkowanie się do bólu, ustosunkowanie właściwe ludziom duchowo zdrowym i pozbawionym wszelkich cech neuropatycznych, których nic i nikt nie był już w stanie skłonić do zwrócenia się do morfiny“.

Dr. JENTZER, dr. OLTRAMARE i dr. PONCET.

NARKOZA DOŻYLNA ZAPOMOCĄ EVIPANU W WIELKIEJ CHIRURGJI.

(Referat według „La Presse Medicale“ 1934, Nr. 33).

Opierając się na badaniach doświadczalnych *Weese'go* nad Evipanem, autorzy opracowali sposób, który umożliwił im dokonywanie w wyłącznie evipanowem uśpieniu operacyj trwających 2 do 3 godzin. Dawkowanie Evipanu można doprowadzić bez wystąpienia jakichkolwiek szkodliwych objawów działania ubocznego do 2,7 g preparatu (27 cm^3 roztworu). Evipan-Natrium można więc stosować jako ogólny środek usypiający, zupełnie analogicznie jak eter lub chloroform.

We wstępie swego artykułu autorzy omawiają wyniki prac *Frunda, Nordmanna, Wendla, Naetznera, Klagesa i Friedmanna.* Osobiste spostrzeżenia autorów dotyczą 400 zabiegów chirurgicznych, wykonanych w Klinice chirurgicznej uniwersytetu genewskiego na dorosłych i na dzieciach w uśpieniu wyłącznie evipanowem. Wśród tych 400 zabiegów były 72 wielkie operacje, których omówienie jest właśnie przedmiotem niniejszego artykułu. Operacje te były następujące:

1. Operacje na głowie i na tułowiu (choroba Basedowa — 3 przypadki; operacje na twarzy — 3 przypadki; trepanacje dekompresyjne — 2 przypadki).
2. Operacje na przewodzie pokarmowym (cholecystektomje — 10 przypadków; gastro-entero-anastomozy — 9 przypadków; resekcje z powodu wrzodu lub nowotworu (Billroth II i Finsterer) — 8 przypadków; różne laparotomje — 4 przypadki).
3. Operacje na tułowiu (operacje piersi z powodu nowotworu — 5 przypadków).
4. Operacje na kończynach (różne osteosyntezy — 7 przypadków; amputacje i resekcje — 3 przypadki).
5. Operacje na drogach moczowych (nefrektomja, brodawczaki pęcherza, prostatektomja — 4 przypadki).
6. Operacje ginekologiczne (histerektomja — 1 przypadek).

Na godzinę przed operacją wstrzykuje się choremu podskórnie 0,02 pantoponu. Na stole operacyjnym kładziemy chorego w ten sposób, że ramię umieszczamy w lekkiem odprowadzeniu, przyczem opieramy je na odpowiedniej podstawce. Powyżej zgięcia łokciowego nakładamy opaskę, do której przymocowujemy igłę, przeznaczoną do wstrzykiwania Evipanu, ze strzykawką o pojemności 10 cm^3. Dawka Evipanu jest różna, w zależności od objawów klinicznych. Zasadniczym i najważniejszym warunkiem powodzenia jest powolne wstrzykiwanie, gdyż wszystkie opisywane w piśmiennictwie powikłania należy przypisać wstrzykiwaniu zbyt szybkiemu. Odruchy nie znikają tak całkowicie jak przy eterze. Można otrzymać całkowity spokój brzuszny z za-

chowaniem odruchów rogówkowych. Źrenica może być rozszerzona lub zwężona. Należy zwracać baczną uwagę na opadnięcie szczęki dolnej. Przy ocenie przebiegu uśpienia należy się kierować tętnem, oddechem i stanem ogólnym. Czas wstrzykiwania pierwszych 2 — 3 cm^3 powinien wynosić od 3 do 7 minut, następnie można wstrzykiwać nieco prędzej aż do chwili zwiotczenia mięśni, co następuje zwykle po dawce 6 — 10 cm^3. Wyjmujemy wówczas strzykawkę, pozostawiając igłę na miejscu (w żyle) i łączymy igłę z nasadą kroplówki, zawierającej hipertoniczny roztwór glukozy. Dzięki tej kroplówce drożność igły jest zapewniona przez cały czas trwania zabiegu, zaś komórka wątroby jest nasycona cukrem, co zwalnia rozszczepianie drobiny Evipanu i przedłuża jego działanie.

Przy pierwszych oznakach budzenia się podczas zabiegu, to znaczy gdy pacjent zaczyna poruszać się, wzdychać, stękać, wznawiamy wstrzykiwanie Evipanu w dawce 1 — 2 cm^3. W tym celu pielęgniarka wkłuwa igłę strzykawki, zawierającej Evipan, do kauczukowej rurki kroplówki, która doprowadza Evipan do żyły. Jest bardzo ważnem, aby te uzupełniające wstrzykiwania dokonywać wporę, gdyż w przeciwnym przypadku, jeżeli chory się obudzi, należy dla powtórnego pogrążenia go w sen stosować dawki zbyt duże. Przeciętnie należy dla utrzymania nieprzerwanej narkozy wstrzykiwać po 2 do 3 cm^3 co 20 minut. Całkowita dawka Evipanu waha się od 4 cm^3 dla operacyj trwających 24 do 30 minut, do 27 cm^3 dla operacji, która trwała 2 godziny 58 minut. W znacznej większości przypadków (56 zabiegów) dawka wahała się od 11 do 20 cm^3 dla operacyj trwających od 28 minut do 2 godzin 36 minut; dla 44 operacyj, trwających mniej niż godzinę, dawka wahała się od 4 do 19 cm^3 i dla 23 operacyj, trwających od 1 do 2 godzin, dawka wahała się od 10 do 25 cm^3.

Narkoza evipanowa nadaje się do stosowania przy większości wielkich zabiegów chirurgicznych. Jest ona szczególnie cenna u pacjentów dotkniętych chorobą Basedowa, gdyż umożliwia dokonanie operacji bez wiedzy chorego. W chirurgji brzusznej osiąga się całkowity spokój, chociaż spostrzega się czasem objawy reagowania, jeżeli cięcia dokonano zbyt wcześnie oraz w chwili zaszywania powłok. Natomiast w okolicy odbytnicy i krocza, zwiotczenie mięśni nigdy nie jest całkowite i chorzy reagują. W chirurgji mózgowej wyniki są niestałe, gdyż technika nie jest jeszcze dostatecznie opracowana.

Przeciwwskazań do stosowania uśpienia evipanowego dotychczas nie widzieliśmy, nawet w przypadkach cukrzycy lub raka wątroby. Przypadki nagłe nie wymagają żadnego przygotowania przed uśpieniem, z wyjątkiem wstrzyknięcia pantoponu na godzinę przed operacją. Ani razu nie spostrzegano zakrzepu w żyle, do której wstrzykiwano Evipan. W dwóch przypadkach stwierdzono bladość twarzy, a w jednym czkawkę. Jako powikłania wystąpiły w jednym przypadku zapalenie płuc i w jednym zawał; wyleczenie tych powikłań przebiegało szybko i gładko. Nieżyty oskrzeli i płucne objawy zastoinowe nie ulegały pod wpływem uśpienia evipanowego żadnemu pogorszeniu.

Przebudzenie następuje między ½ i 12 godzinami po operacji, przeciętnie po 2 godzinach po 12 cm^3 Evipanu i po 4 godzinach po 18 — 20 cm^3. W 8 przypadkach przebudzenie nastąpiło bardzo szybko, przyczem towarzyszyło mu pobudzenie, tak że trzeba było dokonać wstrzyknięcia pantoponu.

Na podstawie swoich spostrzeżeń autorzy dochodzą do wniosku, że uśpienie evipanowe posiada nad narkozą eterową znaczną przewagę. Zalety Evipanu w porównaniu z eterem polegają na braku wszelkiego pobudzenia i obawy przed operacją; Evipan nie wywołuje bólów głowy; mdłości lub wymioty zdarzają się po Evipanie wyjątkowo rzadko; przy operacjach na twarzy i w jamie ustnej odpada utrudnienie zabiegu przez maskę eterową; przebudzenie po Evipanie następuje szybko. Evipan umożliwia osiągnięcie długotrwałego uśpienia bez żadnego dodawania uzupełniających środków narkotycznych.

Dr. SALVATOR MONASTRA, Werona.

LECZENIE RZEŻĄCZKI TRYPAFLAVINĄ I RIVANOLEM.

(Referat według Revue des Progrès Thérapeutiques 1935, Nr. 2).

Istnieje już bardzo obszerne piśmiennictwo o leczeniu wszelkich postaci zakażenia rzeżączkowego preparatami akrydynowemi. Zachęcony pomyślnemi wynikami tej terapji zacząłem leczyć również i mych prywatnych pacjentów, dotkniętych rzeżączką, zapomocą Trypaflaviny i Rivanolu.

Trypaflavinę stosowałem dożylnie w dawce po 5 cm^3 2%-owego roztworu co drugi dzień. Wstrzykiwania te nie powodowały naogół żadnych poważniejszych objawów ubocznych; jedynie niektórzy chorzy skarżyli się na wrażenie lekkiej cierpkości w jamie ustnej i wrażenie przemijającego gorąca w twarzy. Jednakże przy leczeniu Trypaflaviną, jak zresztą również przy wszystkich innych preparatach akrydynowych, stosowanych drogą dożylną, mogą się zdarzać pewne powikłania, które należy bezwarunkowo znać, aby umieć im za-

pobiegać. Te objawy uboczne polegają na akrydynowem uczuleniu na działanie światła i na nietolerancji.

Akrydynowe uczulenie na światło polega na tem, że po dożylnem wstrzyknięciu substancji fluoryzującej jak Trypaflavina, skóra niektórych chorych staje się nadmiernie wrażliwa na działanie światła słonecznego. U osobników w ten sposób uczulonych, wszystkie odsłonięte części ciała, jak twarz, szyja, ręce mogą zabarwić się na kolor ciemny lub nawet pokryć się małemi grudkowatemi wykwitami; na wargach i na nosie wytwarzają się czasem małe ograniczone rumienie; zmiany te mogą wywoływać swędzenie albo przebiegać bez żadnych dolegliwości. Zjawiska te, wywołane bezpośredniem działaniem promieni słonecznych, zdarzają się zwłaszcza w lecie, podczas gdy zimą należą do rzadkości.

Objawów uczulenia można uniknąć, jeżeli przed wstrzyknięciem (choćby nawet w tym samym dniu), podać choremu katalizator przeciwświetlny. Dobre wyniki daje pod tym względem np. rezorcyna w dawce 0,25 g.

Inne powikłania, jak objawy nietolerancji, zdarzają się o wiele rzadziej. Objawy nietolerancji zaczynają się przeważnie od bólów głowy, zaparcia, lekkich bólów wędrujących i gorączki, która może się podnieść do 39°. Czasami zdarzają się wymioty. Z chwilą wystąpienia jednego z tych objawów, wskazanem jest przerwać natychmiast stosowanie Trypaflaviny. Podobnie wskazanem jest, aby przed rozpoczęciem leczenia preparatami tego rodzaju, ocenić w przybliżeniu osobistą tolerancję chorego przez wstrzykiwanie początkowo roztworów słabych, poczem dopiero stopniowo przechodzi się do roztworów zwykłych.

Technika wstrzykiwań dożylnych powinna być bez zarzutu; należy być bezwzględnie pewnym, że ostrze igły znajduje się w świetle żyły, gdyż nawet minimalna dawka Trypaflaviny, którąby przeniknęła do podskórnej tkanki okołożylnej, może wywołać martwicę i zarostowe zapalenie okołożylne. Poleca się ponadto stosować do wstrzykiwań inną igłę niż ta, z której się korzystało dla wciągania roztworu do strzykawki.

Osobiste moje spostrzeżenia, oparte na znacznej liczbie przypadków rzeżączki leczonych Trypaflaviną, przekonały mnie, że doskonałe działanie lecznicze Trypaflaviny przy leczeniu postaci ostrych nie może ulegać najmniejszej wątpliwości. Natomiast przy postaciach przewlekłych i powikłaniach stosowanie wyłącznie Trypaflaviny nie pozwala na osiągnięcie całkowitego wyleczenia, a działanie jej ogranicza się do poprawienia stanu pacjenta i do bardzo szybkiego oczyszczenia mętnego poprzednio moczu.

W przypadkach ostrych Trypaflavina wykazuje działanie energiczne i szybkie. Działanie jej jest jeszcze szybsze w przypadkach bardzo świeżych, w których rozpoczęto leczenie w ciągu pierwszych 48 godzin po zakażeniu. Gono-

koki znikają wówczas w ciągu 3 do 6 dni, to znaczy po 2 lub 4-ech wstrzykiwaniach.

W ten sposób leczenie miejscowe w przypadkach świeżych staje się niepotrzebne. Stałe wydzielanie się Trypaflaviny zmniejsza dokuczliwe objawy stanu zapalnego i wstrzymuje rozwój zakażenia.

To szybkie działanie lecznicze Trypaflaviny, zastosowanej drogą dożylną w przypadkach świeżego zakażenia, polega na tem, że Trypaflavina styka się bezpośrednio z gonokokami i wstrzymuje ich rozmnażanie się. Ponadto Trypaflavina, krążąc w ustroju, przenika również i tam, dokąd dawniejsze środki antyseptyczne dojść nie mogły; w odróżnieniu od innych preparatów działa ona na całą głębokość tkanek i niszczy ukryte tam gonokoki. Wszelkie miejscowo stosowane preparaty działają przeważnie tylko na powierzchowne warstwy tkanek, a gonokoków ukrytych w głębi dosięgnąć nie są w stanie. Trypaflavina umożliwia osiągnięcie na drodze krwionośnej zapobiegawczego wyjałowienia wszystkich okołocewkowych uchyłków, mieszków, gruczołów, zatok gruczołu krokowego, gruczołów Cowpera i chroni w ten sposób przed powikłaniami lub w razie istniejących już powikłań zmniejsza ich natężenie.

Jeżeli zakażenie rzeżączkowe przeszło już w stan przewlekły, to działanie Trypaflaviny, bez względu na obecność lub brak gonokoków, już nie jest takie silne jak w przypadkach ostrych. Jednakże nie można jej uważać w tym wypadku za zupełnie bezskuteczną, gdyż stanowi ona zawsze cenny pomocniczy środek leczniczy. Okoliczność, że działanie Trypaflaviny przy przewlekłych postaciach rzeżączki jest do pewnego stopnia ograniczone, zależy od powszechnie znanych warunków anatomji patologicznej przewlekłej rzeżączki.

W okresach początkowych tego cierpienia gonokoki znajdują się na powierzchni błony śluzowej cewki moczowej, lecz starają się one przeniknąć przez przestrzenie międzykomórkowe i dostać się w głąb do tkanki podnabłonkowej. Tam wywołują one silny odczyn, związany z czynnościami obronnemi ustroju i polegający na energicznej diapedzie. Leukocyty pochłaniają gonokoki, lecz następnie giną i wytwarzają ropę wydzielającą się z cewki. Wreszcie śluzówka cewki ulega zupełnemu zwyrodnieniu i około 5-go lub 6-go tygodnia zaczyna się rozrost tkanki włóknistej, który może następnie doprowadzić do zwężenia. Ze zjawisk powyższych wynika, że do końca 5-go lub 6-go tygodnia gonokoki znajdują się w bezpośredniej styczności z prądem krwi. Później jednak zachodzi zasadnicza zmiana. Ustrój w celach obronnych odgradza się od gonokoków włóknistą barjerą, lecz ta barjera utrudnia jednocześnie zadziałanie leków na drodze krwionośnej. Krew przepływająca w najbliższem sąsiedztwie gonokoków nie może w tych warunkach ujawnić działania zawartego w niej środka antyseptycznego.

Z powyższych stosunków wynikają prawidła leczenia rzeżączki. Na początku choroby najbardziej wskazane jest leczenie ogólne, które daje prze-

ważnie doskonałe wyniki. Dopiero następnie wchodzą w rachubę przemywania i wkraplania.

W związku z temi spostrzeżeniami przystąpiłem do dalszych badań nad wartością kombinowanego leczenia rzeżączki przewlekłej: co drugi dzień wstrzykiwałem dożylnie Trypaflavinę, a ponadto stosowałem leczenie miejscowe zapomocą Rivanolu.

Rivanol, inny preparat akrydynowy (mleczan 2-etoksy-6,9-dwuaminoakrydyny), przedstawia jeden z najskuteczniejszych chemoterapeutycznych środków odkażających. Działanie Rivanolu jest szybkie i długotrwałe. Stężenia Rivanolu, wystarczające dla osiągnięcia odkażenia, nie wywierają żadnego szkodliwego wpływu na tkanki.

Stosowałem Rivanol albo w postaci wstrzykiwań do cewki, albo w postaci przepłókiwań cewkowo-pęcherzowych.

Dla przygotowania roztworu korzystałem z tabletek Rivanolu po 0,1 g, które rozpuszczałem we wrzącej wodzie.

Stężenie stosowanych roztworów wynosiło od $^1/_2$ do $1^0/_{00}$ dla wstrzykiwań do cewki oraz od $^1/_4$ do $^1/_2{}^0/_{00}$, czasem nawet $1^0/_{00}$ dla wielkich przepłókiwań cewkowo-pęcherzowych metodą *Janeta.* Przeważnie nie dodawałem do roztworu żadnego środka znieczulającego. Jedynie w nielicznych przypadkach, gdy miałem do czynienia z pacjentami bardzo wrażliwymi i chciałem uniknąć zapalenia i parcia przy stosowaniu roztworów bardziej stężonych, dodawałem Novocainę w dawce $^1/_2\%$.

W świeżych postaciach zajęcia przedniej części cewki stosowałem wstrzykiwania do cewki i zalecałem przetrzymać płyn w ciągu kilku minut. Wstrzykiwania te należy powtarzać dwa razy dziennie. W postaciach przednio-tylnych zalecam przepłókiwania cewkowo-pęcherzowe dwa razy dziennie z roztworu Rivanolu $^1/_4{}^0/_{00}$. Stężenie roztworu należy z biegiem czasu stopniowo zwiększać do $1^0/_{00}$. W podobnych przypadkach wskazanem jest dodawać Novocainę.

W przewlekłych i powikłanych przypadkach leczenie zależy od rodzaju powikłania.

W całkowitych przypadkach przewlekłych stosowałem przepłókiwania z roztworu od $^1/_4$ do $^1/_2{}^0/_{00}$ z masażem celem ułatwienia przenikania Rivanolu. Przy ostrym i podostrym nieżycie pęcherza: wielkie przepłókiwania; przy postaciach z powikłaniami obejmującemi gruczoł krokowy lub pęcherzyki nasienne: wielkie przepłókiwania z masażem gruczołu krokowego.

W przypadkach ostrych należy zastosować omawianą metodę możliwie jaknajwcześniej, gdyż umożliwia ona osiągnięcie bardzo szybkiego wyleczenia. Zarazki znajdują się jeszcze w warstwach bardzo powierzchownych i nie zdą-

żyły jeszcze przeniknąć do cewkowego i okołocewkowego układu gruczołowego, wobec czego są one stosunkowo łatwo dosięgalne zarówno na drodze żylnej jak i zapomocą zabiegów miejscowych.

Rivanol nie wywołuje żadnych objawów podrażnienia. Działanie Rivanolu jest nietylko powierzchowne lecz dotyczy również warstw głębokich, gdyż odznacza się on znaczną zdolnością przenikania. Szybkie i energiczne miejscowe działanie Rivanolu w połączeniu z ogólnem odkażającem działaniem Trypaflaviny na drodze krwionośnej daje przy leczeniu rzeżączki znakomite wyniki lecznicze.

Jako przykłady leczenia rzeżączki Trypaflaviną i Rivanolem pozwolę sobie przytoczyć na tem miejscu z mego bardzo dużego materjału 4 najbardziej typowe przypadki:

1. M. C., lat 23, student. Zgłasza się po upływie 4 dni od chwili zakażenia. Odczuwa wrażenie łaskotania w okolicy dołu łódkowatego cewki. Przy wyciśnięciu cewki wydobywa się niewielka ilość wydzieliny surowiczo-śluzowej.

Badanie mikroskopowe wykrywa obecność komórek nabłonkowych, nieliczne leukocyty i pewną liczbę gonokoków. Leczenie polegało na wstrzykiwaniach Rivanolu dwa razy dziennie w roztworze $1^{0}/_{00}$. Jednocześnie wstrzykiwałem choremu dożylnie co drugi dzień po 5 cm^3 2%-owego roztworu Trypaflaviny.

Nazajutrz zapalenie zmniejszyło się znacznie, a po 5 dniach ustąpiło zupełnie. Wydzielina była zaledwie minimalna. Przy badaniu mikroskopowem stwierdza się liczne komórki nabłonkowe, pojedyńcze leukocyty; gonokoków nie znaleziono. Ósmego dnia wydzielanie zniknęło zupełnie; mocz wcale nie zawiera nitek. Badanie osadu moczowego na obecność gonokoków dało wynik ujemny. Na wszelki wypadek stosowałem zabiegi lecznicze jeszcze przez dwa dni. Po upływie 15 dni od ujemnego wyniku badania chory powraca do normalnego trybu życia.

2. L. S., lat 35, robotnik. Choruje na rzeżączkę już od roku. Leczył się wielokrotnie różnemi sposobami, jednakże bez wyniku. Skarży się na wrażenie ciężaru i na przeczulicę międzykrocza. Rano wydzielina z cewki. Mocz mętny, zawiera ciężkie nitki. Badanie mikroskopowe wydzieliny i nitek wykazuje liczne ciałka ropne, komórki nabłonkowe i liczne gonokoki. Gruczoł krokowy powiększony i bolesny.

Rozpocząłem leczenie od przepłókiwań cewkowo-pęcherzowych Rivanolem $^{1}/_{2}{}^{0}/_{00}$-owym i od wstrzykiwań dożylnych Trypaflaviny w dawce po 5 cm^3 2%-owego roztworu. Jednocześnie stosowałem masaże gruczołu krokowego i cewki.

Po 6 dniach mocz czysty, zawiera zaledwie nieliczne nitki, wydzielina poranna zniknęła prawie całkowicie. Ustąpiło również przykre wrażenie ciężaru w międzykroczu. Stosowałem to samo leczenie jeszcze w ciągu 10 dni: mocz stał się zupełnie przezroczysty, nie zawiera nitek. Wydzielina ustąpiła bez śladu.

Badanie mikroskopowe osadu moczu nie wykazało obecności gonokoków ani ropy. Przerwałem leczenie i obserwowałem chorego przez 15 dni, poczem zbadałem go znowu, lecz żadnych objawów chorobowych nie stwierdziłem.

4. B. A., lat 28, urzędnik, choruje na rzeżączkę od czterech lat. Zgłasza się o poradę z powodu obostrzenia nieżytu pęcherza moczowego. Badanie mikroskopowe stwierdza obecność gonokoków. Zacząłem leczenie od wstrzykiwań dożylnych Trypaflaviny w dawce po 5 cm^3 2%-owego roztworu co drugi dzień i od wielkich przepłókiwań metodą *Janeta* roztworem Rivanolu ($^{1}/_{2}{}^{0}/_{00}$) z dodatkiem Novocainy.

Po 8 dniach objawy bólowe ze strony pęcherza moczowego ustąpiły prawie zupełnie. Mocz jest czysty, wydzielina minimalna. Stan ogólny pacjenta, który był przygnębiony uporczywością choroby, poprawił się znacznie. Powyższe kombinowane leczenie stosowałem przez 10 dni. Mocz wyjaśnił się całkowicie, nie zawiera nitek. Wydzieliny niema wcale. Utrzymuje się jedynie lekkie zwilgotnienie ujścia tylko nad ranem. Badanie drobnowidowe nie wykrywa gonokoków. Dla ostrożności stosowałem leczenie jeszcze przez kilka dni, poczem zaniechałem wszelkich zabiegów i obserwowałem chorego przez 15 dni. Następne badanie kontrolne żadnych objawów chorobowych nie wykryło.

4. K. C., lat 40, mularz. Choruje na rzeżączkę od 11 miesięcy. Obfita wydzielina zwłaszcza nad ranem. Pacjent skarży się na uczucie ciężaru i bóle w okolicy krocza. Gruczoł krokowy obrzmiały i bolesny, szczególnie po stronie prawej. Badanie mikroskopowe wykazuje obecność licznych ciałek ropnych, dość dużo komórek nabłonkowych i liczne gonokoki. Mocz zawiera liczne nitki. Leczenie polegało na wstrzykiwaniach, co drugi dzień po 5 cm^3 2%-owej Trypaflaviny, i przepłókiwaniach $^{1}/_{4}{}^{0}/_{00}$-owym Rivanolem z masażem gruczołu krokowego i cewki.

Po 8 dniach ku wielkiemu zdziwieniu i wielkiej radości pacjenta mocz po raz pierwszy od długiego czasu stał się przezroczysty i prawie wcale nie zawierał nitek. Dokuczliwe wrażenia w okolicy krocza ustąpiły prawie zupełnie. Wydzielanie zmniejszyło się znacznie, obrzmienie gruczołu krokowego zaczęło się wyraźnie cofać.

Leczenie stosowałem jeszcze przez 10 dni. Mocz jest przezroczysty i nie zawiera nitek. Objawy bólowe i wydzielina zniknęły. Badanie odwirowanego osadu moczowego nie wykazało żadnych składników chorobowych. Dla ostrożności stosowałem pacjentowi zabiegi lecznicze jeszcze przez dalsze 4 dni, poczem leczenie przerwałem i w ciągu 15 dni obserwowałem chorego. Badanie kontrolne żadnych objawów chorobowych nie wykryło.

Wydaje mi się, że na podstawie mojego dużego i różnorodnego materjału mogę wyciągnąć następujące wnioski:

1. Leczenie akrydynowe zapomocą Trypaflaviny daje wyniki szybkie w postaciach świeżych, przyczem nie zachodzi tu potrzeba stosowania leczenia miejscowego. W przypadkach przewlekłych, zwykłych lub powikłanych, działanie Trypaflaviny już nie jest tak szybkie i skuteczne, jednak również nie pozostaje bez pomyślnego wpływu na przebieg choroby.

2. Leczenie kombinowane zapomocą dożylnych wstrzykiwań Trypaflaviny i miejscowego stosowania Rivanolu daje wyniki szybkie i trwałe, zwłaszcza w postaciach przewlekłych i powikłanych.

Korzyści powyższego sposobu leczenia są następujące:

1. Prostota metodyki i prawie zupełny brak wszelkich objawów działania ubocznego, pod warunkiem, że technika wstrzykiwań dożylnych Trypaflaviny

musi być doskonała i że uprzednio zbada się zapomocą małych dawek tolerancję chorego w stosunku do preparatu.

2. Brak objawów odczynowych po zastosowaniu Rivanolu tłumaczy się faktem, że Rivanol nie wykazuje żadnego działania drażniącego na tkanki cewki i nie wpływa ujemnie na zjawiska regeneracji błony śluzowej.

Mieszane leczenie akrydynowe zapomocą Rivanolu i Trypaflaviny jest wobec tego wskazane we wszystkich okresach zakażenia gonokokowego. W postaciach ostrych należy się zwracać do terapji akrydynowej możliwie jaknajwcześniej, gdyż pozwala nam to osiągnąć wyleczenie w najkrótszym czasie. Pozatem leczenie akrydynowe jest bezwzględnie wskazane we wszystkich postaciach przewlekłych i powikłanych, które nie reagują na wszelkie inne zwykle stosowane sposoby leczenia.

Dr. E. RHODE - FENNER, Kolonja.

CHORY W KARYKATURZE.

(Referat według Ther. Ber. 1934, Nr. 7/8).

Kto cierpi, ten nie myśli o żartach. Lecz musi to być widocznie duże zadowolenie obserwować jako zdrowy człowiek choroby i ułomności innych i uświadamiać sobie własną przewagę fizyczną, w przeciwnym bowiem przypadku osoba chorego nie byłaby zapewne od najdawniejszych czasów tak czę-



O nieposłusznych chorych. Z „Okrętu głupców" Seb. Branta



Upust krwi *Dusart 1695*

stym i ulubionym tematem sztuki malarskiej. Stosunek artysty do tego tematu był bardzo rzadko życzliwy i pełen współczucia, znajdujemy tu natomiast wszelkie odcienie łagodnej ironji aż do złośliwej satyry.



Pani obawiająca się cholery

W sposób drastyczny przedstawia *Brant* głupotę chorego, który zamiast słuchać przepisu lekarza i posłusznie zażywać lekarstwa, przewraca stół ze wszystkiemi medykamentami; dowodzi to, coprawda, raczej gwałtownego temperamentu pacjenta niż jego stosunku do zaleconej terapji.

Obawa przed zarażeniem się czyni jeszcze i obecnie z niejednego człowieka jego własną karykaturę. O ileż silniejszy musiał być taki lęk w czasach, gdy nie wiedziano jeszcze nic o istocie zakażenia, o zapobieganiu chorobom zakaźnym i o dezynfekcji! Jeżeli już stare obrazy, przedstawiające czynność lekarzy podczas epidemji dżumy, wydają się nam obecnie śmieszne, to w jakże komicznem świetle przedstawił nam malarz kobietę, obawiającą się, aby nie zachorować na cholerę; artysta zaopatrzył tę damę we wszelkie możliwe groteskowe środki ochronne i we wszystkie cechy panujących wówczas przesądów. Prawdopodobnie właśnie ta pani zachorowała na cholerę, której się tak okropnie obawiała. Strach powiększa nietylko niebezpieczeństwo zarażenia się, lecz również i wrażliwość bólową.



Hipochondryk *I. West 1803*

Wydaje się, że ludzie mieli dawniej mocniejszy układ nerwowy, gdyż jeżeli zastanowimy się nad pracą chirurga w czasach, gdy nie znano jeszcze uśpienia i znieczulenia, to ogarnia nas uzasadniony lęk i podziw. Lekarz manipulujący spokojnie rozpalonem żelazem w nosie nieszczęśliwego pacjenta, okropne sposoby wyrywania zębów, dokonywanie wszelkich zabiegów chirurgicznych bez znieczulenia — nie, tego obecnie nie zniósłby chyba człowiek współczesny.

W każdej satyrze tkwi zawsze nieco morału i malarz, który przypisywał Bachusowi i Wenerze winę powstawania podagry spotkałby się dziś z rzeczową krytyką, lecz w XVI wieku miał prawdopodobnie wielu zwolenników.

Jakże niezwykłą wydaje się nam dramatyczna „Próba cnoty“ przedstawiona na obrazie *Schalkena:* nieszczęśliwa córka, którą gwałtowny ojciec podejrzewa o niedochowanie cnoty, wzbudza litość w każdym, już choćby przez to, że dostała się w ręce tego wstrętnego lekarza-cynika, który na podstawie oglądania moczu ma rozstrzygać o jej losie. Znamy cały szereg starych obrazów, przedstawiających rozpoznawanie ciąży na podstawie oglądania moczu.



Metallic tractors

Miłość, jako przyczyna choroby, jest również częstym tematem malarskim. Zwłaszcza u młodych i ładnych pacjentek powinien lekarz, po dokładnem zbadaniu, podczas którego nie stwierdził żadnych uchwytnych objawów chorobowych, uwzględniać w swoich rozważaniach rozpoznawczych do pewnego



Febris amatoria *Metsu*



Chora z miłości *Jan Steen 1626—1679*

stopnia również i „febris amatoria“. „Similia similibus“, — podobne leczy się podobnem — oto zasada stanowiąca już od Paracelsa ważny czynnik w medycynie. Jeżeli miłość jest przyczyną choroby, to ma ona — jako lekarz — z pew-



Próba cnoty — Schalken

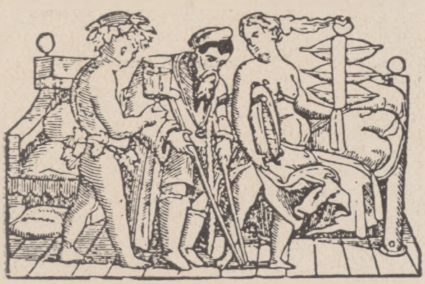


Miłość w roli lekarza

nością największe widoki powodzenia. Odnośnie do obrazu „Miłość w roli lekarza“ można śmiało postawić dobre rokowanie.

Wszelka domieszka drwin ustaje, gdy malarz przedstawia na obrazie cierpienia własnego ciała. Obrazy takie nie mają w sobie nic z karykatury lub ironji, a tchną smutkiem i powagą. Takim jest np. słynny obraz *Dürera*, na którym malarz lakonicznie donosi o swem cierpieniu: „tam





Bachus i Venus — 1577

gdzie jest żółta plama, na którą wskazuję palcem, tam mnie boli“. *Dürer* wskazuje na okolicę śledziony i nowe ujęcie, że artysta cierpiał na zimnicę, opiera się głównie na tym właśnie obrazie.



Dla stosowania przy stanach zapalnych
dróg moczowych i żółciowych.



Dla stosowania przy wszystkich postaciach rzeżączki.

Dla wewnętrznego odkażania ustroju przy chorobach zakaźnych i ogólnych.

Szybkie uśmierzanie bólu i dobra tolerancja również przy długotrwałem stosoweniu.

HELMITOL

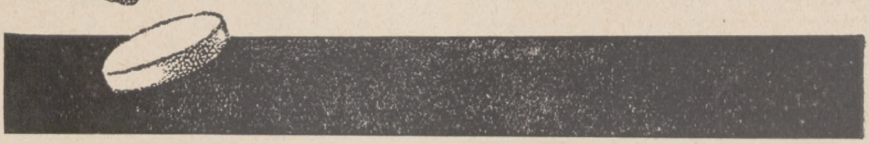
tabletki do stosowania doustnego.

Sposób użycia: 3—4 razy dziennie po 1 do 2 tabletek w wodzie.



OPAKOWANIA ORYGINALNE:

rurki po 20 tabletek à 0,5 g zł. 2.80



BAYER

»Bayer«

LEVERKUSEN n/R.

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:

Dom Agenturowy „REMEDIA"

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5.

Przy zaparciach wszelkiego pochodzenia



Łagodnie działający, nieposiadający przykrego smaku środek czyszczący.

Popularny środek dla uregulowania czynności kiszek.

Istizina nie zawiera fenolftaleiny, działanie jej nie słabnie nawet przy dłuższem stosowaniu.

Istizina nadaje się również dla obłożnie chorych, ciężarnych i położnic.

Nawet wrażliwi pacjenci i dzieci zażywają Istizinę chętnie i bez żadnych zastrzeżeń.

Sposób użycia: 1-2-3 tabletki lub 1 do 2 cukierków po kolacji.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

Tabletki 10 sztuk po 0.15 g
„ 30 „ „ 0,15 g
„ 60 „ „ 0,15 g
Cukierki b. smaczne: 10 sztuk po 0,3 g

BAYER

LEVERKUSEN n/R.
Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Fermenty czy istoty żyjące?

Pytanie, czy zarazki o rozmiarach poniżej progu widzenia, a więc również i bakterjofagi, przedstawiają istoty żyjące czy też fermenty, zostało rozstrzygnięte przez określenie ich rozmiarów. Wielkość fermentów jest zbliżona do drobiny albumin = 2—5 $\mu\mu$. Zapomocą mikrofotografji ultrafioletowej (najmniejsze uchwytne twory wielkości około 170 $\mu\mu$), utrafiltracji (szerokość por $\pm$ 50 $\mu\mu$) i metody wirówkowej (10000—16000 obrotów) stwierdzono, że rozmiary najmniejszych zarazków chorobotwórczych wynoszą 20 $\mu\mu$. Niektóre niewidzialne zarazki mają wielkość bardzo zbliżoną do granicy możliwości wykazywania mikroskopowego (500 $\mu\mu$), np. szczepionka ospowa (200 $\mu\mu$). Wyniki otrzymane w Zakładzie *Bechholda* dla badań koloidów zapomocą metody wirówkowej, są zgodne z wynikami otrzymanemi przez *Elforda* (Brit. Jl. exp. Path. tom 13 i 14, 1932) zapomocą metody filtracyjnej. Poniższa tablica wykazuje, że obliczenia wielkości cząsteczek otrzymane niezależnie i różnemi sposobami przez tych dwóch badaczy, różnią się stosunkowo niewiele:

	Wielkość cząsteczek w $\mu\mu$		Odchylenia w %
	Wirowanie	Filtracja	
Szczepionka ospowa . .	200	125—175	—25
Opryszczka	200	100—150	—38
Jad kanarków.	120	125—175	+25
Ektromelja zakaźna. . .	—	100—150	—
Pomór kur	110	60—90	—30
Bakterjofagi (WL) . . .	90	—	—
Bakterjofagi C_{14}	90	60—75	—30
Bakterjofagi C_{21}	75	30—45	—55
Bakterjofagi L	75	30—45	—55
Jad mozajkowy	50	—	—
Bakterjofagi D_{20}	50	20—30	—50
Zaraza pyska i racic . .	—	8—12	—
Bakterjofagi S_{13} . . .	20	8—12	—55

W zawiesinach bakterjofagów i bakteryj dochodzi między temi dwoma rodzajami tworów głównie z powodu *Brown*'owskich ruchów bakterjofagów do wzajemnego zderzania się i w ten sposób następuje związanie. Przy lasecznikach okrężnicy jedna bakterja wiąże najwyżej 130—140 fagów. Z tem wiązaniem łączy się nietylko fagja bakteryj, lecz również rozmnażanie się fagów. Wielkości podane na tabeli przemawiają bezwzględnie za żywym charakterem niewidzialnych zarazków. Również i najmniejsze bakterjofagi o rozmiarach 20 $\mu\mu$ należy uważać za istoty żywe. Także zawsze jednakowa wielkość poszczególnych osobników przemawia za tem, że bakterjofagi nie są żadnym związkiem ani zaczynem, lecz tworami organicznemi. Kształty mikroskopowo niewidzialnych drobnoustrojów są bardzo jednostajne, są to okrągłe twory o wyglądzie kuli lub krążka. Małe rozmiary niewidzialnych zarazków sprawiają, że rozszerzanie się ich w ustroju ludzkim odbywa się łatwiej niż tworów mikroskopowo widzialnych.

Prof. dr. Bechhold,
Zakł. badania koloidów, Frankfurt n. M.
(Koll. Ztsch. 1934, tom 66 i 67).

W sprawie wskazań do stosowania dożylnego uśpienia evipanowego.

Właściwy zakres wskazań do stosowania dożylnego uśpienia zapomocą Evipanu-Natrium stanowią wszystkie zabiegi, których prawdopodobny czas trwania nie przekracza 10—15 minut, a więc zwichnięcia, opatrunki złamań, otwieranie ropni, usuwanie paznokci, badania rozpoznawcze i t. p. Można jednak wykonywać w uśpieniu wyłącznie evipanowem również i operacje dłużej trwające. Ewentualnie może być po-

trzebne zastosowanie uśpienia dodatkowego. Jeżeli się czeka z rozpoczęciem uśpienia dodatkowego aż do chwili, gdy pacjent stanie się niespokojnym, to zachodzi niebezpieczeństwo wystąpienia objawów pobudzenia podczas operacji, poczem dla przezwyciężenia tego pobudzenia należy zastosować tak dużo uzupełniającego środka narkotycznego, że o zaoszczędzeniu eteru mowy już być nie może. Jeżeli natomiast zaczniemy dodawać eter najpóźniej w 5—8 minut po zakończeniu wstrzykiwania Evipanu Natrium, to otrzymujemy idealne podstawowe uśpienie evipanowe. — Pośród pierwszych dziesięciu przypadków usypiania evipanowego w dwóch wystąpił po operacji stan bardzo silnego pobudzenia; w jednym przypadku wystąpiło podwójne widzenie, które trwało przez 15 minut. Jeden chory wykazywał aż do wieczora objawy całkowitej amnezji.

Dr. E. Kobel,
Szpital Św. Elżbiety w Eisenach.
(Dtsch. med. Wo. 1933, nr. 26).

Przyczynek do usypiania evipanowego.

Spostrzeżenia *Gocke'go* dotyczą 160 przypadków operacyj ginekologicznych dokonanych w uśpieniu zapomocą Evipanu-Natrium. Wiek pacjentek wahał się od 16 do 68 lat. Niektóre pacjentki gorączkowały i znajdowały się w stanie osłabienia i wyniszczenia. *Gocke* wstrzykuje po opadnięciu szczęki jeszcze 2—3 cm^3, przyczem całkowita dawka nie przekracza przeciętnie 6—9 cm^3. Pozostawanie naczczo nie jest koniecznie potrzebne, gdyż wymioty zdarzają się bardzo rzadko. Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że zmiany w ciśnieniu krwi zależą od szybkości wstrzykiwania. Bardzo wolne wstrzykiwanie umożliwiało utrzymanie ciśnienia krwi na stałym poziomie, przyczem działanie usypiające opóźniało się jedynie nieznacznie. Niektóre pacjentki skarżyły się po narkozie na niewielkie bóle głowy i wrażenie zawrotu głowy, w 15% wystąpiło lekkie dławienie, w 5% krótkotrwałe wymioty, 10 razy niepokój ruchowy, który w 2 przypadkach wzmógł się do szybko przemijającego stanu pobudzenia. Dla zapoczątkowania długotrwałego uśpienia inhalacyjnego *Gocke* zaleca stosowanie Evipanu-Na aż do osiągnięcia stanu głębokiego odurzenia. Główne zalety usypiania evipanowego polegają na oszczędzaniu psychiki chorych i na znacznem zmniejszeniu potrzebnej dawki inhalacyjnego środka usypiającego; ponadto przy narkozie krótkotrwałej unika się prawie zupełnie występowania objawów ubocznych, a przy kombinowanej narkozie evipanowo-eterowej lub chloroformowej objawy te ograniczają się do minimum.

Dr. H. Gocke,
Klin. Ginek. Uniw. w Münster.
(Zbl. Gyn. 1933, Nr. 31).

Nastawianie złamań kostnych pod ekranem rentgenowskim.

W przypadkach złamań kości zabieg krwawy nietylko że pozostaje często bez pomyślnego wyniku, lecz w znacznym odsetku przypadków prowadzi ponadto do powikłań i kryje w sobie niebezpieczeństwo zakażenia, zapalenia kości i t. d. Powikłania te prowadzą nierzadko w swem następstwie do konieczności dokonania amputacji. Ponadto dłuższy czas leczenia związany jest oczywiście z większemi kosztami. W przeciwstawieniu do postępowania krwawego, nastawianie złamań kości pod ekranem rentgenowskim posiada tak znaczne zalety, że należy je uznać za najlepszą metodę leczniczą. Przy świeżych złamaniach można dokonać repozycji w uśpieniu eterowem, jeżeli zaś upłynął już dłuższy czas, to wskazane jest zastosować uśpienie przez odbytnicę, zapomocą Avertiny. W razie potrzeby można przedłużyć czas trwania tego uśpienia, stosując technikę *Sudeka*. Poprostu idealnie przebiega uśpienie Avertiną u dzieci. W przypadkach, w których od chwili złamania upłynęło już 15 — 20 dni i w których wytworzenie się kostniny i skurcze mięśniowe mogłyby utrudniać szybkie nastawienie odłamków, Avertina okazała się najlepszym środkiem usypiającym. Metoda ta nie zawodziła nawet przy złamaniach obojczyka.

W każdym razie tylko rentgenowska kontrola złamań kostnych jest jedyną metodą postępowania, która z możliwie największem prawdopodobieństwem zapewnia całkowite wyleczenie.

Prof. dr. Akif Chakir.
(Presse Méd. 1934, Nr. 41).

Autohemoterapja przy stanach depresyjnych.

Autor omawia pomyślne wyniki, jakie udało mu się osiągnąć w przypadkach reaktywnych stanów depresyjnych z ich objawami fizycznemi, opanowującemi obraz chorobowy, zapomocą autohemoterapji w połączeniu z uprzedniemi naświetlaniami lampą kwarcową. Z pośród 10 leczonych w ten sposób pacjentów u 8 stwierdzono kliniczne wyzdrowienie, a u 2 znaczną poprawę. Leczenie to okazało pomyślny wpływ również na 4 chorych cierpiących na melancholję lękową. Natomiast z pośród 6 chorych cierpiących na depresje cykliczne dwaj wogóle nie reagowali na zastosowane leczenie, a czterej poprawili się zaledwie bardzo nieznacznie. W przypadkach tych autohemoterapja nie rokuje większego powodzenia leczniczego.

Dr. G. Giehm,
Zakład dla umysłowo chorych
w Zepernik pod Berlinem.
(Med. Klin. 1934, Nr. 24).

Uszkodzenia stawowe.

W przypadkach uszkodzeń stawów, zwichnięć z obrzękiem lub bez obrzęku i t. d. autorzy natychmiast wstrzykiwali okołostawowo 0,5%-ową lub 1%-ową Novocainę; dawka wynosiła zależnie od potrzeby od kilku cm^3 do 25 — 30 cm^3; wstrzykuje się do wiązadeł stawowych, możliwie w miejsce najbardziej bolesne. Pod wpływem takiego wstrzyknięcia ból ustępował prawie natychmiast, chory zaś szybko odzyskiwał możność poruszania kończyną i zdolność do pracy; zupełne wyleczenie następowało w ciągu kilku dni.

Dr. G. Arnulf i dr. Ph. Frieh, Lyon.
(Presse Méd. 1934, Nr. 30).

Leczenie choroby surowiczej zapomocą doskórnych wstrzykiwań surowicy.

W razie stwierdzenia występowania pierwszych objawów choroby surowiczej, należy wstrzykiwać doskórnie 0,2 lub 2 razy po 0,2 cm^3 (u dzieci 0,1 cm^3) tej samej surowicy. Po 4—6 godzinach swędzenie ustępuje i zmiany skórne znikają. Objawy obrzękowe ustępują zupełnie po 24 godzinach. Dotychczasowe spostrzeżenia *Singera* dotyczą 6 przypadków. Udało mu się w ten sposób szybko usuwać objawy choroby surowiczej zapomocą powtórnego wstrzyknięcia tej samej surowicy, która była przyczyną zaburzeń. Jeżeli nie mamy pod ręką tej samej surowicy, wystarczy wstrzyknięcie normalnej surowicy zwierzęcia, które dostarczyło poprzedniej surowicy (będącej przyczyną choroby surowiczej).

Dr. J. Singer, Marjolana, Jugosławja.
(Ars Medici 1933, Nr. 7).

Bromowa przemiana materji przy chorobach umysłowych.

Tripi leczył 106 chorych dotkniętych psychozą manjakalno-depresyjną początkowo zapomocą środków uspokajających i osiągnął w ten sposób pewną przemijającą poprawę stanu psychicznego oraz podniesienie się poziomu bromu w surowicy krwi. W związku z tem autor zaczął następnie stosować u swych pacjentów Prolan.

U wszystkich chorych stwierdzono dalszą poprawę zespołu psychicznego i powrót poziomu bromu do normy. Pewna część chorych została wyleczona.

Dr. G. Tripi,
Osp. psichiatr., Palermo.
(Il Pisani 1933, XII).

Przypadek ciężkiego zakażenia prątkiem Banga.

Przypadek dotyczył lekarza weterynarji, który zaraził się podczas czynności położniczych w stadzie, w którem panowało nagminne zakaźne ronienie. Przebieg zakażenia był bardzo ciężki. Leczenie ogólne polegało na stosowaniu Omnadiny, srebrowego błękitu metylenowego i białka; ponadto leczono miejscowo śluzówkę jamy gardzielowej. Pomimo swego gwałtownego przebiegu sprawa chorobowa zakończyła się pomyślnie, gorączka opadła i wszystkie dolegliwości (odurzenie, bóle mięśniowe, poty, dolegliwości przy łykaniu) ustąpiły ostatecznie.

Dr. R. Schüller.
(Z. Fleisch-u. Milchhyg. 1933, Nr. 44).

W sprawie leczenia półpaśca.

Dla leczenia neuralgicznych bólów w przebiegu półpaśca zaleca się przeważnie Aspirynę, kodeinę, a zwłaszcza chininę; pozatem stosuje się z powodzeniem paravertebralne wstrzykiwania Novocainy. Wtórne niedowłady można zwalczać zapomocą dożylnych wstrzykiwań 8—10 cm^3 2%-owego roztworu Trypaflaviny (mniej więcej co 3 dni). Spostrzeżenia autora dotyczą 40 przypadków półpaśca. Zasadnicze leczenie polegało na stosowaniu Trypaflaviny, która w okresie ostrym wpływała pomyślnie również i na cofanie się wykwitów skórnych. Bóle neuralgiczne już po pierwszem wstrzyknięciu zmniejszyły się do tego stopnia, że wszelkie inne środki przeciwbólowe okazywały się zupełnie zbyteczne.

Dr. Schulze - Bünte,
Szpital Powiatowy w Soest.
(Med. Welt. 1933, Nr 17).

Omnadina w okulistyce.

Autor leczy stany zapalne tęczówki i jagodówki, wrzodziejące zapalenia rogówki, wysiękowe zapalenia siatkówki i naczyniówki oraz zmętnienia ciałka szklistego zapomocą wstrzykiwań Omnadiny. Omnadina łagodzi natężenie objawów zapalnych, skraca przebieg zapalenia i ogranicza ilość powikłań do minimum. Omnadinę można wstrzykiwać domięśniowo codziennie w dawkach po 2 cm^3 przez czas dowolnie długi.

Dr. Chas. H. Haralson, Tulsa.
(Journ. Oklahoma State Med. Ass. 1934, tom 27, nr. 5).

Pyelografja podskórna u dzieci.

Autor wstrzykuje dzieciom Per-Abrodil podskórnie. Stosuje się w tym celu 5%-owy roztwór Per-Abrodilu w ilości 100 cm^3. Roztwór ten wstrzykuje sie w dwóch miejscach pod skórę piersi i w dwóch miejscach pod skórę na udzie. U dzieci znajdujących się w stanie upośledzonego odżywiania dodaje się do roztworu, celem złagodzenia bólu związanego z wstrzykiwaniem, 0,5 g Novocainy bez Suprareniny. Pyelogramy były dobre.

Dr. E. Perman, Stockholm.
(Hygiea 1934, Nr. 7).

Leczenie płonicy zapomocą dożylnych wstrzykiwań surowicy.

Autor zastosował porównawczą metodę leczenia w 220 przypadkach płonicy. W 100 przypadkach leczenie polegało na dożylnych wstrzykiwaniach stężonej surowicy płoniczej (4 — 10 cm^3), w 20 przypadkach normalnej surowicy końskiej a 100 przypadków leczono bez surowicy. Przypadki płonicy były przeważnie lekkie lub średnio-ciężkie.

Z porównania tych trzech grup chorych, leczonych surowicą swoistą, surowicą normalną i leczonych bez surowicy wynika, że surowica nie wykazuje żadnego wyraźnego wpływu na częstość występowania powikłań. Surowica swoista wywiera natomiast niewątpliwy wpływ na objawy zatrucia początkowego: na wysypkę i gorącz-

kę. Autor zaleca wobec tego stosowanie dożylnych wstrzykiwań stężonej surowicy płoniczej w przypadkach ciężkiej toksycznej płonicy.

Dr. E. E. Joepchen
Klin. Pedj. w Kolonji.
(Dtsch. med Wschr. 1933, Nr. 48).

Balantidiosis.

Pacjentka cierpi na Balantidium coli. Przebieg choroby był bardzo uporczywy. Autor zalecił Butolan w dawkach 3 tabletki dziennie przez 5 dni. Leczenie to doprowadziło do zupełnego ustąpienia pasorzytów. Po upływie kilku miesięcy pacjentka zgłosiła się do kontroli. Staranna obserwacja w ciągu 4 tygodni po wielokrotnem stosowaniu środków czyszczących i po codziennem mikroskopowem badaniu kału, wykazała, że wyleczenie było ostateczne, gdyż ani razu nie stwierdzono obecności pasorzytów.

Dr. L. Parras Benito.
(Med. Páis Cál. 1934).

Tarczyca i kiła.

Petrácek uważa, że gruczoł tarczowy odgrywa ważną rolę przy tolerancji ustroju w stosunku do leczniczych środków przeciwkiłowych. Zarówno sama kiła jak również i środki przeciwkiłowe (Neosalvarsan, rtęć, bizmut i t. d.) wywołują do pewnego stopnia jednakowe objawy chorobowe, tak że w większości przypadków odróżnienie zjawisk, wywołanych przez samą chorobę, od zjawisk wywołanych przez lekarstwa bywa bardzo trudne albo nawet zupełnie niemożliwe.

U pewnej 29-letniej pacjentki wystąpiły po leczeniu Salvarsanem objawy kliniczne „neosalvarsanowego zapalenia skóry" typu złuszczającego; jednocześnie stwierdzono objawy niedomogi tarczycy. Również i inni autorzy opisywali związek między zapaleniami skóry i niedomogą tarczycy. U chorych kiłowych Neosalvarsan (Hg, Bi i leczenie kombinowane) zmienia podstawową przemianę materji. Pod koniec leczenia przemiana powraca do granic fizjologicznych. U chorych niekiłowych (Psoriasis vulgaris, Lupus erythematodes) Neosalvarsan nie wywierał żadnego uchwytnego wpływu na podstawową przemianę materji. U królików i szczurów pozbawionych tarczycy, działanie Neosalvarsanu okazywało się bardziej toksyczne.

Dr. E. Petrácek.
(Česká Dermatologja 1933, tom 14).

Na uwagę zasługuje, że *Schreyer* (Med. Welt. 1934 Nr. 38) w przypadkach utajonej kiły otrzymał dodatni odczyn Wassermanna dopiero po podaniu chorym tyreoidyny. *Schreyer* przeprowadza prowokację tyreoidynową w połączeniu z Salvarsanem w sposób następujący: w ciągu trzech dni chory otrzymuje doustnie po 0,3 g tyreoidyny, pozatem w pierwszym dniu 0,15 i trzecim dniu 0,3 g Neosalvarsanu dożylnie. Krew do badania pobiera się w czwartym dniu, czyli w dzień po zakończeniu prowokacji. Przy ujemnym lub wątpliwym odczynie Wassermanna wykonujemy jeszcze jedno badanie kontrolne (5—8 dni po zakończeniu prowokacji).

Leczenie zapaleń przydatków.

Autor leczył 20 pacjentek dotkniętych podostrem i 10 pacjentek dotkniętych ostrem zapaleniem przydatków wstrzykiwaniami domięśniowemi Yatren-Caseiny mocnej. W przypadkach ostrych autor rozpoczynał leczenie od 5 cm^3 Yatren-Caseiny mocnej. Wstrzykiwania wykonywano co drugi dzień, następnie dawki, zależnie od wywołanego odczynu, zmniejszano aż do 1 cm^3, poczem dawkę tę powtarzano tak długo, dopóki dolegliwości podmiotowe nie ustąpiły zupełnie. Według spostrzeżeń autora, można powtarzać wstrzykiwania, o ile nie wywołują nadmiernie silnych odczynów, nawet codziennie. Dawkowanie takie nigdy nie wywoływało żadnych przykrych lub niepożądanych objawów działania ubocznego. Ilość wstrzykiwań potrzebnych na jedną kurację wynosiła od 5 do 10, ogólna zaś dawka zużytej Yatren-Caseiny wahała się od 15 do 25 cm^3. W przypadkach podostrych autor wstrzykuje 2—2,5 cm^3 Yatren-Caseiny mocnej, następnie zaś wstrzykuje się po 2 cm^3 co 3 dni aż do zupełnego ustąpienia dolegliwości. Wstrzykiwania można powtarzać również i w krótszych odstępach czasu odpowiednio do wywołanego odczynu, bez obawy szkodliwych dla ustroju skut-

ków. Ilość wstrzykiwań dokonanych podczas jednej kuracji wahała się od 4 do 17, ogólna zaś zużyta dawka wynosiła 7,5 — 20,5 cm³. Podwyższenie ciepłoty ciała obserwowano 6 razy, ziębienie 6 razy, dreszcze 2 razy. Odczyn ogniskowy stwierdzono w 16 przypadkach, odczyn miejscowy w 2 przypadkach. Odczyn ogólny trwał krótko i nie wykazywał prawie żadnego wpływu na stan ogólny chorych. Również i odczyny ogniskowe były łagodne i nie zwiększały dolegliwości pacjentek. Stwierdzony dwukrotnie odczyn miejscowy polegał na wrażliwości uciskowej miejsca wkłucia bez żadnych zmian przedmiotowych i ustąpił bez śladu następnego dnia. Dzięki szybkiemu ustąpieniu gorączki przebieg choroby był krótszy niż przeciętnie. Ilość dni leczenia wynosiła u 30 kobiet przeciętnie 23,6 podczas gdy w analogicznych przypadkach dawniejszych, leczonych bez stosowania Yatren-Caseiny, wynosiła 27,4. Z pośród 10 pacjentek z objawami ostrego zapalenia u 2 stwierdzono wyleczenie, u 6 poprawę, na dwie pozostałe pacjentki leczenie Yatren-Caseiną wpływu nie wywarło. Z pośród 20 kobiet z zapaleniem podostrem u 2 stwierdzono wyleczenie, u 14 poprawę, 4 chore wypisały się ze szpitala bez zmiany. Ogółem stwierdzono więc poprawę w 80%.

Dr. Stephan Pál.

(Magyar Nögyógyászat 1634, Nr. 7).

Leczenie ostrego zatrucia fosforem.

24-letnia kobieta zażyła 10 g 2%-owej papki fosforowej (trucizna na myszy), to znaczy podwójną dawkę śmiertelną. Lekarz wezwany dopiero w czwartym dniu choroby, nie znając istotnej przyczyny cierpienia, zalecił dietę mleczną. Następnego dnia, wobec coraz bardziej pogarszającego się stanu ogólnego, przewieziono chorą do szpitala. Tutaj początkowo leczono pacjentkę jedynie objawowo, aż dopiero wystąpienie żółtaczki potwierdziło podejrzenie zatrucia fosforem. Leczenie polegało na dożylnych wstrzykiwaniach cukru gronowego z insuliną i miało przedewszystkiem na celu przezwyciężenie uszkodzenia wątroby. Terapja ta została uwieńczona całkowitem powodzeniem. Niebezpieczny dla życia okres ostrego zaniku wątroby przeszedł w podostry. W ostatecznym wyniku pacjentka powróciła zupełnie do zdrowia.

Dr. W. Liebscher,
Szpital Powiatowy w Troppau.

(Med. Klin. 1934, Nr. 25).

Środki moczopędne przy leczeniu obrzęków i puchliny brzusznej.

Działanie Salyrganu jest jednakowe zarówno przy wstrzykiwaniach dożylnych jak i domięśniowych i wstrzykiwania te nie wywołują prawie żadnego odczynu miejscowego. Wstrzykiwań natomiast podskórnych należy bezwarunkowo unikać, gdyż drażnią one tkanki w najwyższym stopniu. Diureza wywołana wstrzyknięciem 1 do 2 cm³ Salyrganu utrzymuje się na wysokim poziomie w ciągu około 24 godzin, przyczem ilość wydzielonego moczu dochodzi do 4—6 litrów. Diurezę posalyrganową można spotęgować jeszcze więcej przez podawanie 4 razy dziennie po 2,0 g Ammonii chlorati. w ciągu 3 lub 4 dni przed wstrzyknięciem. Łagodniejsze środki moczopędne często zawodzą. Theocyna jest coprawda dość skutecznym środkiem moczopędnym, lecz wywołuje często podrażnienie żołądka i mdłości. Mocznik w dawkach 3 razy dziennie po 10 — 25 g podany w 100 — 200 cm³ soku owocowego lub jagodowego daje często zadowalającą diurezę bez zaburzeń żołądkowych i wogóle bez jakichkolwiek niepożądanych objawów działania ubocznego. W poszczególnych przypadkach należy dla uniknięcia nawrotów obrzęków i puchliny brzusznej oprócz podawania doustnych środków moczopędnych stosować co pewien czas również dodatkowe wstrzykiwania Salyrganu.

Dr. C. Smith. Atlanta.

(Journ. Med. Ass. Georgia 1934, tom 23).

Klinika kamieni moczowodowych.

Pyelografja wydzielnicza zapomocą Per-Abrodilu lub Abrodilu w przypadkach obecności kamieni w drogach moczowych

wykazuje bardzo wyraźnie już niewielkie objawy zastoinowe. Czynność kanalików przy zastoinie badamy zapomocą próby indygo-karminowej. Jeżeli kanaliki są uszkodzone, wydzielanie niebieskiego barwnika ulega opóźnieniu. Jeżeli wydzielanie Per-Abrodilu odbywa się normalnie, można rozpoznać zatkanie niezupełne. Zastój i zwolnienie wydzielania barwnika oraz środka kontrastowego dowodzą uszkodzenia kłębuszków. W przypadkach nieznacznego zastoju i jedynie kanalikowego uszkodzenia nerek staramy się kamień usunąć drogą naturalną, np. zapomocą wstrzykiwań Hypophysiny, i kontrolujemy następnie od czasu do czasu czynność nerek na podstawie wyników pyelografji wydzielniczej. Przy leczeniu zachowawczem kamieni moczowodowych dobre wyniki daje zwłaszcza Hypophysina w przypadkach, w których napięcie moczowodów jest zmniejszone. Hypophysina jest natomiast przeciwwskazana przy nadmiernem napięciu moczowodów; dajemy wówczas raczej papawerynę lub stosujemy znieczulenie okołokręgowe. Dla kontroli rozpoczynającej się znów diurezy korzysta autor z wydzielania Per-Abrodilu. Stwierdzone uszkodzenie kłębuszków wymaga przedewszystkiem przezwyciężenia zastoju, a następnie usunięcia kamienia.

Dr. W. Brandesky,
Szpital im. Rudolfa w Wiedniu.
(Wien. med. Wschr. 1934, Nr. 38. Münch. med. Wschr. 1934, Nr. 43).

Ujemne strony jodu przy leczeniu objawów tarczycowych.

Przy leczeniu niedomogi tarczycy wskazane jest zmienianie co pewien czas preparatu jodowego lub tarczycowego. U pewnego 54-letniego rolnika z objawami obrzęku śluzakowatego oraz u 43-letniej pacjentki z wolem i niedomogą tarczycy (ponadto Arthritis deformans) stosowano kolejno: dwujodotyrozynę (1 mg jodu pro kg na dobę), następnie roztwór Lugola (ta sama dawka jodu), Elityran, tyroksynę (1 mg dziennie podskórnie), następnie znowu roztwór Lugola i t. d. Za każdym razem, gdy działanie jednego leku słabło, zastosowanie nowego preparatu natychmiast znowu przejawiało całkowity wpływ na tarczycę (wzmożenie przemiany podstawowej, przyspieszenie tętna). Krzywa wagi zwiększała się jednak niezależnie od przemiany podstawowej i zaczęła opadać dopiero po podaniu wyciągów tarczycowych lub zastosowaniu tyroksyny.

Dr. E. Delcourt-Bernard, Leodjum.
(Liège Méd. 1934, Nr. 35).

Działanie leczenia rtęciowego przy guzach mózgu.

Leczenie rtęciowe w postaci wcierek lub wstrzykiwań Salyrganu zmniejsza przy guzach ciśnienie wśródczaszkowe dzięki odwodnieniu. Zwłaszcza po Salyrganie z jego ostrem, energicznem działaniem moczopędnem spostrzega się znaczne odciążenie ciśnienia. Jednakże również u 14 z pośród 21 chorych leczonych łagodniejszemi i dłuższy czas działającemi wcierkami rtęciowemi, stwierdzono przedmiotowe oznaki zmniejszenia ciśnienia. Leczenie rtęciowe byłoby wskazane zwłaszcza dla przygotowania do zabiegu operacyjnego. Pewien chory z prawdziwym guzem mózgu poprawił się doskonale po kuracji rtęciowej; dolegliwości ustąpiły na kilka lat i pacjent odzyskał zdolność do pracy.

Dr. R. Denzler i dr. H. Marx,
Klinika Chorób Wewn. w Heidelburgu.
(Der Nervenarzt 1934,. Nr. 3)

Nowa patogeneza i terapja łuszczycy.

Autor uzależnia łuszczycę od zaburzeń w tłuszczowej przemianie materji, przyczem zaburzenia te polegałyby na nadmiernem dla każdego osobnika podawaniu tłuszczów lub na nieprawidłowym stosunku różnych pokarmów, jak np. przy ksantomatozach. Według przepisu autora dorośli otrzymują dziennie tylko 20 g, a dzieci 10 g tłuszczu. Pierwsza poprawa uwidacznia się wówczas po 2 — 6 tygodniach. Całkowitego wyleczenia można się spodziewać dopiero po 6 — 8 miesiącach. Możliwe, że również wpływ arsenu, manganu, hormonów (tarczyca, grasica, trzustka, jajnik i t d.) należałoby również ujmować jako działanie na przemianę materji.

Prof. dr. Grütz, Wuppertal-Elberfeld.
(D. M. W. 1934, Nr. 28)

VIII LEKARSKI KURS WAKACYJNY W CIECHOCINKU — CIEPLICY.

Stały Komitet Organizacyjny Lekarskich Kursów Wakacyjnych w Ciechocinku — Cieplicy przystępuje do organizacji VIII Lekarskiego Kursu w dn. 30, 31.VIII. i 1.IX.1935 r. (piątek, sobota, niedziela).

Protektorat nad Kursem łaskawie objąć raczył J.W.Pan v. Minister Opieki Społecznej Dr. med. Eugenjusz Piestrzyński.

Kursy poprzednie dzięki udziałowi wybitnych prelegentów oraz trafnemu wyborowi tematów, żywo interesujących lekarzy praktyków, zjednały sobie szczere uznanie uczestników, przybyłych w liczbie z górą 1800 z najdalszych krańców Rzeczypospolitej.

Komitet Organizacyjny, dążąc do utrzymania Kursu VIII na równie wysokim poziomie, zwrócił się z prośbą o wygłoszenie odczytów do PP.: Doc. Brokmana H. (Warszawa), Prof. Kowalskiego B. (Poznań), Prof. Latkowskiego J. (Kraków), Prof. J. Mazurkiewicza (Warszawa), Prof. Pelczara K. (Wilno), Prof. Rosego M. (Wilno), Prof. Sabatowskiego A. (Lwów), Doc. Szulca G., naczel. Dyrektora Państw. Zakł. Higjeny (Warszawa), Doc. Wojciechowskiego A. (Warszawa).

Uczestnicy Kursów mieć będą zapewnione bezpłatne mieszkanie w zdrojowisku podczas trwania Kursu t. j. d. 30, 31.VIII i 1.IX oraz ulgi kolejowe t. zw. kuracyjne na drodze powrotnej.

Komitet Organizacyjny VIII Lekarskiego Kursu Wakacyjnego, uwzględniając obecne warunki pracy Kolegów, obniżył opłatę uczestnictwa do zł. 20, od osób towarzyszących do zł. 15.

Komitet Organizacyjny projektuje szereg rozrywek i wycieczek podczas trwania kursu.

Dokładny program będzie ogłoszony we właściwym czasie.

W imieniu Komitetu Organizacyjnego VIII Lekarskiego Kursu Wakacyjnego

Stanisław Wiśniewski,
Dyrektor Państwowego Zakładu Zdrojowego
i Komisarz Rządowy Komisji Zdrojowej
w Ciechocinku — Cieplicy.

Prof. Dr. med. J. Szmurło,
Przewodniczący.

Doc. Dr. med. L. Lorentowicz,
Zastępca Przewodniczącego.

Dr. med. P. Rudzki,
Zast. Przewod. i Generalny Sekretarz.

Redaktor
Mr. Tadeusz Haładewicz

Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA“
Warszawski, Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5. Skrzynka pocztowa Nr. 748.
Cena prenumeraty rocznie zł. 6, półrocznie zł. 3.
Odbito w drukarni „Wzorowej“, Warszawa, ul. Długa 20.